Rok XLII. Kraków 8 Sierpnia 1903. Nr. 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii w Petersburgu.

Zasadowość krwi w stanach leukocytozy i w zakażeniach.

Podał

Dr. Witold Orłowski,

Docent chorób wewnętrznych.

W poprzednich poszukiwaniach hematologicznych, ogłoszonych w swoim czasie w „Przeglądzie lekarskim" [1]), wykazałem zależność zasadowości krwi od zawartości we krwi krwinek czerwonych. Z natury rzeczy należało poruszyć w dalszym ciągu sprawę wzajemnego stosunku zasadowości krwi i liczby krwinek białych. Pierwsze wskazówki w tym kierunku spotykamy w pracy Löwy i Richtera [2]). Wstrzykując królikom pepton, pepsynę, hemialbumozę, sperminę i surowicę przeciwbloniczą, badacze ci otrzymali już w kilka minut po zastrzyknięciu znaczne wzmożenie zasadowości krwi, któremu towarzyszyła hipoleukocytoza; z powstaniem hiperleukocytozy zasadowość krwi obniżała się do normy i nawet niżej normy. Na podstawie tych doświadczeń Löwy i Richter przyszli do wniosku, że zmniejszenie liczby krwinek białych sprowadza zmiany chemizmu krwi, wywołujące wzmożenie jej zasadowości; zwiększenie zaś ich zawartości pociąga w następstwie obniżenie zasadowości krwi. Tą więc drogą Löwy i Richter mieli wykazać, że stosunek między zasadowością krwi i liczbą krwinek białych ma być odwrotny do tego, jaki jest między zasadowością krwi i liczbą krwinek czerwonych. Caro [3]), wstrzykując ludziom sperminę, tuberkulinę i pilokarpinę, otrzymywał również w większości przypadków wzmożenie zasadowości krwi w okresie hipoleukocytozy i następowe obniżenie podczas hiperleukocytozy; wahania te jednak były krótkotrwałe i nieznaczne, wskutek czego Caro odrzuca wszelką zależność zasadowości krwi od liczby krwinek białych. Strauss [4]), badając krew w różnych okresach leukocytozy, wywołanej tuberkuliną i sperminą u dziewięciu chorych na gruźlicę płuc, nie spostrzegał również znaczniejszych wahań zasadowości krwi. Wszystkim tym badaniom można jednak zarzucić, że w nich zawartość krwinek czerwonych zupełnie nie była przyjmowaną pod uwagę, tymczasem z poszukiwań moich i Löwyego [5]) niewątpliwie wynika, że liczba krwinek czerwonych ma znaczny wpływ na stopień zasadowości krwi, a więc zmiana tej liczby może wpływać na wahania zasadowości, zależne od hipo- lub hiperleukocytozy. Wobec tego sprawy wzajemnego stosunku zasadowości krwi i krwinek białych nie można uważać za rozstrzygniętą wspomnianemi poszukiwaniami. Rozwiązania jej można oczekiwać od dalszych badań, które powinny być postawione w następujący sposób. Poznawszy skład krwi i stopień jej zasadowości, należy wywołać hipo- i hiperleukocytozę i w tych okresach znowu oznaczyć zasadowość krwi i liczbę krwinek, nie tylko jednak białych, lecz i czerwonych. Dla otrzymania hipo- i hiperleukocytozy należy użyć różnych sposobów, a to w celu ustrzeżenia się od przypadkowej jednostajności w wahaniach liczby krwinek białych i stopnia zasadowości krwi. Podobne doświadczenia były przeprowadzone przezemnie w r. 1901 i 1902 w pracowni kliniki lekarskiej. Wszystkie doświadczenia wykonałem na psach i ludziach; oprócz tego przeprowadziłem szereg doświadczeń na królikach.

Dla otrzymania hipo- i hiperleukocytozy używałem następujących sposobów: 1) spożycie zrana naczczo obfitego pokarmu, składającego się przeważnie z ciał białkowatych („leukocytoza trawienna"); przed doświadczeniem głodziłem ludzi przez godzin 14, psy przez 48; 2) wstrzykiwanie psom i ludziom niektórych przetworów chemicznych, mianowicie: sperminy i pilokarpiny, i 3) zakażenie królików jadowitemi hodowlami wąglika, lasecznika okrężnicy i dwoinek Fränkla. Wreszcie badałem stan krwi u ludzi, dotkniętych chorobami zakaźnemi. Ostatni szereg doświadczeń, wykonany na królikach z zakażeniem, i badania krwi w chorobach zakaźnych, przysporzyły mi również wyników, co do stanu zasadowości krwi w zakażeniach.

Już Virchow wykazał, że podczas trawienia liczba krwinek białych znacznie się podnosi. Następni badacze (Moleschott i Detoma, Marfels, De-Pury, Dupérié, Hirt, Sörensen, v. Jaksch, Gräber, Samuel, Sadler, Reinert, Tichonow [6]), Rencki [23]) i wielu innych), złożywszy dowody słuszności twierdzenia Virchowa, wykazali jednocześnie, że leukocytoza trawienna występuje tem wybitniej, im więcej pokarm zawiera ciał białkowatych. Limbeck [7]), Rieder [8]), Pohl [9]) (na psach), Burian i Schur [10]), Bugajewski [11]), Zang [12]) i inni otrzymywali jeszcze znaczniejszą hiperleukocytozę, jeśli doświadczenie było poprzedzane głodzeniem przez dłuższy przeciąg czasu.

W swoich doświadczeniach wywoływałem leukocytozę trawienną przez podanie zrana naczczo 800 ctm. sz. mleka i 2 jaj na miękko; przedtem badani nie przyjmowali pokarmu w ciągu 14 godzin, mianowicie od godz. 6 wiecz. do godziny 8 zrana. Przed spożyciem pokarmu oznaczałem zasadowość krwi i zawartość krwinek białych i czerwonych; oznaczenia te przerabiałem po spożyciu śniadania kilkakrotnie.

Przytoczę kilka doświadczeń.

Dośw. I. 20/IX 1901. A-wa, lat 20, zdrowa. Przed spożyciem pokarmu: hemoglobiny 80%, krwinek czerwon. 4.480.000, białych 7230 zasadowość 240 mlgr. NaOH

W $1^1/_2$ godziny po spożyciu pokarmu:

Hemoglobiny 80, krwinek czerw. 4.502.000, białych 10483, więc zwiększenie o 45%, zasadowość 240 mlgr. NaOH.

W $2^1/_2$ godziny po spożyciu pokarmu:

Hemoglobiny 81, krwinek czerw. 4.495.000, białych 9750, zasadowość 240 mlgr. NaOH.

Dośw. II. 25/IX 1901. B-w., lat 23, zdrowy. Przed spożyciem śniadania: hemoglobiny 84, krwinek czerwonych 5.085.000, białych, 8240, zasadowość 254 mlgr. NaOH.

W $1^1/_2$ godziny po spożyciu śniadania:

Hemoglobiny 83, krwinek czerwonych 4.902.000, białych 1203 więc powiększenie o 46%, zasadowość 254 mlgr. NaOH.

W $2^1/_2$ godziny po spożyciu pokarmu:

Hemoglobiny 83, krwinek czerw. 4.907.000, białych 12607, więc powiększenie o 53%, zasadowość 240 mlgr. 0 NaOH.

Dośw. III. 18/XII 1901. Ł-a, lat 27, zdrowa. Przed spożyciem pokarmu: hemoglobiny 80, kwinek czerwonych 4.576.000, białych 8156, zasadowość 240 mlgr. NaOH.

W $1^1/_2$ godziny po spożyciu pokarmu:

Hemoglobiny 80, krwinek czerwonych 4.616.400, białych 12805, więc zwiększenie o 57%, zasadowość 240 mlgr. NaOH.

W $2^1/_2$ godziny po spożyciu pokarmu:

Hemoglobiny 80, krwinek czerwonych 4.634.000, białych 10105, zasadowość 240 mlgr. NaOH.

Wszystkie te i inne doświadczenia, które będą przytoczone przezemnie na innem miejscu, dowodzą, że zasadowość krwi pozostaje bez zmiany pomimo, że liczba krwinek białych po spożyciu obfitego pokarmu, składającego się przeważnie z ciał białkowatych, podnosi się w $1^1/_2$—$2^1/_2$ godziny o 45—57%.

Tego samego dowodzą i doświadczenia, dokonane przezemnie na psach. Przed doświadczeniem psy były głodzone w ciągu 48 godzin. Hiperleukocytozę trawienną wywoływałem karmieniem ich 750,0—800,0 surowego mięsa.

Przytoczę parę z szeregu doświadczeń.

Dośw. I. Pies ważący 10240 grm. 14/XII 1901. Przed spożyciem mięsa: krwinek czerwonych 6.915.700, białych 10100, zasadowość 280

W 2 godziny po spożyciu mięsa:

Krwinek czerwonych 6.875.000, białych 17321, więc zwiększenie o 71,1%, zasadowość 274.

Dośw. II. 17/XII. Pies ważący 9750 grm. Przed karmieniem krwinek czerwonych 6.745.000, białych 9750, zasadowość 280.

W 2 godziny po karmieniu:

Krwinek czerwonych 6.812.000, białych 16633, więc zwiększenie o 70,6%, zasadowość 280.

Przejdę teraz do doświadczeń ze sperminą. Sperminę wstrzykiwałem ludziom podskórnie, psom do żyły udowej w ilości 1,5 ctm. sz. Używałem przetworu wyrobu Pöhla.

Przytoczę kilka z szeregu doświadczeń.

Dośw. I. 8/III 1901. Pies ważący 8420 grm. Przed wstrzykiwaniem: krwinek czerwonych 6.125.000, białych 10200. Zasadowość 280.

W $^1/_2$ godziny po wstrzykiwaniu:

Krwinek czerw. 6.128.000, białych 7450, więc, obniżyło się o 27%, zasadowość 304.

W 3 godziny po wstrzykiwaniu:

Krwinek czerwonych 6.075.000, białych 16780, więc zwiększyło się o 125% (w porównaniu z poprzednią liczbą), zasadowość 288.

W $4^1/_2$ godziny po wstrzykiwaniu:

Krwinek czerw. 5.895.000, białych 13200, zasadowość 281,6.

Dośw. II. 10/III 1901. Pies ważący 9100 grm. Przed wstrzykiwaniem: krwinek czerwonych 5.120.000, białych 9120, zasadowość 267.

W $^1/_2$ godziny po wstrzykiwaniu:

Krwinek czerwonych 5.175.000, białych 6500, więc obniżyło się o 28,6%, zasadowość 267.

W 3 godziny po wstrzykiwaniu:

Krwinek czerwonych 5.146.400, białych 12910, więc zwieksza się o 98,6% (w porównaniu z liczbą poprzednią), zasadowość 280.

Dośw. III. 21/III. Pies ważący 5245 grm. Przed wstrzykiwaniem: Krwinek czerwonych 5.126.000, białych 7200, zasadowość 267.

W $^1/_2$ godziny po wstrzykiwaniu:

Krwinek czerwonych 5.202.000, białych 4875 (obniżenie o 32%), zasadowość 254.

W 3 godziny po wstrzykiwaniu:

Krwinek czerw. 4.990.000, białych 11500 (zwiększenie o 136% (w porównaniu z poprzednią liczbą).

W $4^1/_2$ godziny po wstrzykiwaniu:

Krwinek czerwonych 5.102.000, białych 9800, zasadowość 254.

Dośw. IV. 27/III 1901. Pies ważący 6410 grm. Przed wstrzykiwaniem: krwinek czerwonych 5.634.000, białych 8400, zasadowość 280.

W $^1/_2$ godziny po wstrzykiwaniu:

Krwinek czerw. 5.585.000, białych 6240 (obniżenie o 25,7%), zasadowość 293.

W 3 godziny po wstrzykiwaniu:

Krwinek czerw. 5.596.000, białych 13400 (zwiększenie o 114,7%), zasadowość 270.

W $4^1/_2$ godziny po wstrzykiwaniu:

Krwinek czerwonych 5.560.000, białych 10100, zasadowość 280.

Dośw. V. 20/X 1901. R-a, lat 22, zdrowa. Przed wstrzykiwaniem: Hemogl. 80. krwinek czerwonych 4.485.000, białych 6810, zasadowość 240.

W $^1/_2$ godziny po wstrzykiwaniu:

Hemogl. 80, krwinek czerwonych 4.416.000, białych 5924 (obniżenie o 13%), zasadowość 240.

W 3 godziny po wstrzykiwaniu:

Hemogl. 78, krwinek czerwonych 4.524.000, białych 9750 (zwiększenie o 64,6%), zasadowość 240.

Dośw. VI. 22/X 1901. K-cz, lat 30, zdrowy. Przed wstrzykiwaniem: hemogl. 94, krwinek czerwonych 4.915.000, białych 8125, zasadowość 240.

W $^1/_2$ godziny po wstrzykiwaniu:

Hemogl. 92, krwinek czerwonych 4.876.000, białych 6663 (obniżenie o 18%), zasadowość 240.

W 3 godziny po wstrzykiwaniu:

Hemogl. 92, krwinek czerwonych 4.890.000, białych 11327 (zwiększenie o 70%), zasadowość 253.

Reszty dokonanych przezemnie doświadczeń nie będę przytaczać na tem miejscu, gdyż już z przytoczonych staje się oczywistem, że nawet znaczne wahania liczby krwinek białych (125—136%), wywołane wstrzykiwaniem sperminy, nie mają widocznego wpływu na stopień zasadowości krwi.

W doświadczeniach z pilokarpiną postępowałem w ten sposób: zbadawszy morfologiczny skład krwi i stopień jej zasadowości, wstrzykiwałem podskórnie 0,005 chlorku pilokarpiny, używając 1% roztworu i następnie znów poddawałem krew badaniu.

Dośw. I. 22/I 1901. R-n, lat 28, zdrowy. O godz. 8 min. 5 zrana wstrzyknąłem 0,005 chlorku pilokarpiny; po 15′ obfity ślinotok i pocenie się na czole, po 30′ obfite pocenie się; pocenie się trwało godzinę.

Przed wstrzykiwaniem: krwinek czerwonych 4.530.000, białych 5282. Zasadowość 240.

W $^1/_2$ godziny po wstrzyknięciu: krwinek czerwonych 5.662.500 (+ 25%*), białych 4080 (— 22,7%*). Zasadowość 293 (+ 22%).

W $1^1/_2$ godziny po wstrzykiwaniu: krwinek czerwonych 4.840.000 (+ 6,9%), białych 10500) (+ 98,8%). Zasadowość 240 (+ 0%).

Dośw. II. 10/III 1901. N-w., lat 26, zdrowy. Pilokarpinę wstrzyknąłem o godz. 8 zrana; pocenie się trwało $1^1/_2$ godziny.

Przed wstrzykiwaniem: krwinek czerwonych 4.950.000, białych 8215. Zasadowość 240.

W $^3/_4$ godz. po wstrzykiwaniu: krwinek czerwonych, 6.245.000 (+ 26%), białych 7400 (— 9,9%), zasadowość 300 (+ 25%).

W 4 godz. po wstrzykiwaniu: krwinek czerwonych 4.870.000, białych 14600 (+ 77,7%), zasadowość 227.

Dośw. III. 1/II 1901. K w., lat 30. Przewlekłe śródmiąższowe zapalenie nerek. Pilokarpinę wstrzyknąłem o godz. 8 rano; po 15′ obfite wydzielanie się śliny, oraz potu na twarzy; po 30′ obfite pocenie się, które trwało 2 godziny.

*) + oznacza zwiększenie, — obniżenie; te oznaczenia obliczono względnie do pierwotnych liczb.

Przed wstrzykiwaniem: krwinek czerwonych 3.643.000, białych 5.340. Zasadowość 200.

W $^3/_4$ godz. po wstrzyknięciu: krwinek czerwonych 5.093.000 (+ 39,8), białych 4800 (— 10,1%). Zasadowość 287 (+ 43,5%).

W 4 godziny po wstrzyknięciu: krwinek czerwonych 3.620.000; białych 10120 (+ 127,7%). Zasadowość 194.

Dośw. II. 2/X 1901. A-a, lat 32. Przewlekłe zapalenie śródmiąższowe nerek. Wstrzyknąłem pilokarpinę o godz. 8 rano; pocenie się trwało $2^1/_2$ godziny.

Przed wstrzykiwaniem: krwinek czerwonych 3.258.000, białych 4820, zasadowość 200.

W $^3/_4$ godz. po wstrzyknięciu: krwinek czerwonych 4.848 000 (+ 48,8%), białych 3800 (— 21%), zasadowość 293 (+ 46,5%).

W 4 godziny po wstrzyknięciu: krwinek czerwonych 3.310.000 białych 11520 (+ 139%), zasadowość 213.

Dośw. V. 4/X 1901. J-a, lat 37. Przewlekłe śródmiąższowe zapalenie nerek. Pilokarpinę wstrzyknąłem o godzinie 8 rano; pocenie się trwało $1^1/_2$ godziny.

Przed wstrzykiwaniem: krwinek czerwonych 4.243.000, białych 6410, zasadowość 227.

W 1 godziny po wstrzyknięciu: krwinek czerwonych 6.339.000 (+ 49,4%), białych 5822 (— 9%), zasadowość 313 (+ 37,9%).

W 4 godz. po wstrzyknięciu: krwinek czerwonych 4.312.000, białych 13125 (+ 105%), zasadowość 227.

Te doświadczenia pouczają, że w okresie znacznej hiperleukocytozy, wywołanej pilokarpiną, która dochodziła 139%, zasadowość krwi nie ulega żadnej zmianie; wyniki więc tych doświadczeń są zupełnie zgodne z poprzednio przytoczonemi doświadczeniami.

II.

Oprócz tych doświadczeń przeprowadzałem badania morfologicznego składu krwi i jej zasadowości na królikach, zakażonych jadowitemi hodowlami drobnoustrojów chorobotwórczych. Doświadczenia te miały na celu wykazać również stan zasadowości krwi w chorobach zakaźnych.

Sprawa ta była już poruszaną w piśmiennictwie, lecz tylko pobieżnie, jeśli brać pod uwagę tylko badania, przeprowadzone metodą Löwyego[13]). Autor ten znajdował podniesienie zasadowości krwi w posokowatem zapaleniu wsierdzia (1 przyp.), połogowem zakażeniu krwi (1 przypadek) i włóknikowem zapaleniu płuc (1 przypadek). Schultz-Schultzenstein, v. Limbeck i Steindler[14]), Karfunkel[15]), Strauss i Brandenburg[16]) stwierdzili u chorych gorączkujących, że zasadowość krwi była to podniesioną, to znowu obniżoną, to wreszcie prawidłową. Berend i Preisich znajdowali obniżenie jej u dzieci w błonicy, płonicy i odrze, a Löwy w 2 przypadkach włóknikowego zapalenia płuc. Fodor[17]), wywołując u królików śmiertelne zakażenie jadowitemi hodowlami lasecznika durowego, wąglika i prątka cholerycznego, spostrzegał w niektórych zakażeniach (wąglik) w ciągu pierwszych 10 godzin wzmożenie zasadowości krwi o 21%; w dalszym ciągu zasadowość krwi zawsze obniżała się, przeciętnie o 26%; w razie zakażenia, nie kończącego się śmiercią, obniżenie zasadowości krwi było nieznaczne i krótkotrwałe. Wszyscy ci badacze nie zwracali jednak żadnej uwagi na morfologiczny skład krwi i na stan zasadowości jej w okresie zdrowienia chorego. Być może, że ta okoliczność tłómaczy niezgodność otrzymanych przez nich wyników.

W swoich doświadczeniach na królikach wywoływałem zakażenie przez wstrzyknięcie do żyły usznej jadowitej hodowli wąglika, lasecznika okrężnicy i dwoinek Fränkla. Nad właściwościami tych hodowli zastanawiać się tu nie będę; uczynię to bowiem na innem miejscu. Na tem miejscu zaś przytoczę niektóre z doświadczeń.

Dośw. I. 27/III 1901. Królik ważący 1720 grm., samiec. O godzinie 4 po południu wprowadziłem do żyły usznej 2 ctm. sz. 48-godzinnej hodowli wąglika.

Przed zakażeniem:

Krwinek czerwonych 5.274.000, białych 7420, zasadowość 267, t. 38,6° C., waga 1720.

W $^1/_2$ godziny po zakażeniu:

Krwinek czerwonych 5.184.500, białych 3320 (— 44,7%*), zasadowość 254.

W 24 godziny po zakażeniu:

Krwinek czerwonych 4.902 000, białych 9140 (+ 175,3%*), zasadowość 214, t. 39°, waga 1678.

W 48 godziny po zakażeniu:

Krwinek czerwonych 4.754.000, białych 8240, zasadowość 200 (— 25%*), t. 38,0°, waga 1640.

W $^1/_2$ godziny po ostatniem badaniu (w $49^1/_2$ godz. po zakażeniu) nastąpiła śmierć.

Dośw. II. 5/IV 1901. Królikowi o godz. 4 po południu wprowadzono do żyły usznej 2 sz. ctm. 48 godz. hodowli wąglika.

Przed zakażeniem: krwinek czerwonych 4.725.000, białych 9125, zasadowość 254, t. 38,6°, waga 1640 grm.

W $^1/_2$ g. po zakażeniu: krwinek czerwonych 5.020.000, białych 4620 (— 40%), zasadowość 267.

W 24 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.810.000, białych 12750 (+ 176%), zasadowość 240, t. 39°, waga 1525 grm.

W 40 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.695.000, białych 9240, zasadowość 187 (— 26,3%), t. 37,9°, waga 1510 grm.

W 2 godz. po badaniu (42 godz. po zakażeniu) śmierć.

Dośw. III. 9/IV 1901. Królikowi o godz. 4 po południu wprowadzono do żyły usznej 1 sz. ctm. 48 godz. hodowli wąglika.

Przed zakażeniem: krwinek czerwonych 5.315.200, białych 8215, zasadowość 280, t. 384°, waga 1840 grm.

W $^1/_2$ godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 5.126.000, białych 5420 (— 34%), zasadowość 240.

W 24 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 5.114.000, białych 11560 (+ 113%), zasadowość 267, t. 39°, waga 1820 grm.

W 48 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.989.000, białych 12420 (+ 129%), zasadowość 227, t. 39,2°, waga 1750 grm.

W 64 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.845.000, białych 7560. zasadowość 227, t. 38,7°, waga 1720 grm.

W 68 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.816.000. białych 6350, zasadowość 200 (— 28,6%).

W 2 godziny po badaniu (70 godz. po zakażeniu) nastąpiło zejście śmiertelne.

Dośw. IV. 15/XII 1901. Królikowi o godz. 4 po południu wprowadzono 2 sz. ctm. 48 godzinej hodowli bulionowej dwoinek Fränkla.

Przed zakażeniem: krwinek czerwonych 4.875.000 białych 8714. zasadość 254, t. 38,5°, waga 1850 grm.

W $^1/_2$ godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.795.000, bia łych 4215 (— 51,7%), zasadowość 280.

W 24 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.762.000, białych 7120, zasadowość 240, t. 39,8°, waga 1812 grm.

W 48 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.718,000, białych 7645, zasadowość 160 (— 37,6%), t. 39,6°, waga 1745 grm.

W $^3/_4$ godz. po badaniu ($48^3/_4$ po zakażeniu) nastąpiło zejście śmiertelne.

Dośw. V. 19/XII 1901. Królikowi o godz. $4^1/_2$ po południu wprowadzono do żyły usznej 2 sz. ctm. 48 godz. hodowli dwoinek Fränkla.

Przed zakażeniem: krwinek czerwonych 5.125.000, białych 7920, zasadowość 267, t. 38,6°, waga 2050 grm.

W $^1/_2$ godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 5.102.000, białych 3985 (— 49,7%), zasadowość 300.

W 24 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.914.000, białych 5890, zasadowość 240, t. 40,2°, waga 1984 grm.

W 48 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.825.000, białych 6120, zasadowość 160 (— 40%), t. 39,5°, waga 1910 grm.

*) + oznacza zwiększenie, — obniżenie; obniżenie wszędzie obliczono względnie do pierwotnej liczby (przed zakażeniem), + zaś względnie do liczby okresu hipoleukocytozy.

W 2 godziny po badaniu (50 godz. po zakażeniu) nastąpiło zejście śmiertelne.

Dośw. VI. 27/XII 1901. Królikowi o godz. 4 po południu wprowadzono do żyły usznej 2 sz. ctm. hodowli bulionowej lasecznika okrężnicy.

Przed zakażeniem: krwinek czerwonych 4.915.000, białych 6714, zasadowość 240, t. 38,4°, waga 1920 grm.

W 1 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.896.000, białych 3415 (— 49%), zasadowość 280.

W 24 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.812.000, białych 5816, zasadowość 240, t. 39,8°, waga 1885 grm.

W 48 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.678.000, białych 5415, zasadowość 200, t. 39,6°, waga 1810 grm.

W 52 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.215.000, białych 6012, zasadowość 160 (— 33,3%).

W 1/2 godziny po badaniu (52 1/2 po zakażeniu) nastąpiło zejście śmiertelne.

Dośw. VII. 7/I 1902. Królikowi o godz. 4 po południu wprowadzono do żyły usznej 2 sz. ctm. 48 godz. hodowli lasecznika okrężnicy.

Przed zakażeniem: krwinek czerwonych 4.526.000, białych 7780, zasadowość 227, t. 38,7°, waga 1760 grm.

W 1 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.600.000, białych 3900 (— 49,8%), zasadowość 240.

W 24 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.475.000, białych 5828, zasadowość 200, t. 40,3°, waga 1695 grm.

W 48 godz. po zakażeniu: krwinek czerwonych 4.212.000, białych 4784, zasadowość 133 (— 41,4%), t. 39,2°, waga 1670.

W 3/4 godz. po badaniu (48 3/4 po zakażeniu) królik zginął.

Doświadczenia kontrolujące z wstrzykiwaniem do żyły usznej 2 sz. ctm. wyjałowionego bulionu nie dały żadnych wahań zasadowości krwi.

Wszystkie te doświadczenia dowodzą, że wahania liczby krwinek białych, które w moich doświadczeniach wynosiły + 176% i — 51,7%, nie mają widocznego wpływu na stopień zasadowości krwi. Oprócz tego doświadczenia te wykazują, że wraz po zakażeniu zasadowość krwi nie ulega wybitnym zmianom i tylko w dalszym ciągu w razie zakażenia śmiertelnego zasadowość stale opada niżej i niżej; obniżenie wynosi przed samą śmiercią 25—41,4% pierwotnej liczby.

Badania stanu zasadowości krwi, dokonane przezemnie na chorych, dotkniętych chorobami zakaźnemi, jak to widać z tablicy, zamieszczonej w jednej z poprzednich moich prac w „Przeglądzie lekarskim" (1902, Nr. 2), również wskazują, że zasadowość krwi w chorobach zakaźnych o przebiegu, nie kończącym się śmiercią, pozostaje niezmienioną. Do tegoż wniosku w ostatniej swej pracy przyszedł i Riegler[18]).

Widzimy więc, że zasadowość krwi nie ulega zmianom ani w stanach hipo- i hiperleukocytozy, ani w zakażeniach. Poprzednie moje prace również wykazały, że zasadowość osocza krwi pozostaje w różnych sprawach chorobowych bez zmiany, znacznie obniżając się tylko w charłactwie rakowem, mocznicowem i ciężkich postaciach cukrzycy[19]). Na podstawie przytoczonych doświadczeń na królikach z zakażeniem, być może, należy przyjąć obniżenie zasadowości krwi i w ciężkich śmiertelnych zakażeniach u człowieka nienadługo przed zgonem. Na korzyść tego przypuszczenia przemawia spostrzeżenie, przytoczone przezemnie w jednej z poprzednich prac, dotyczące chorej na włóknikowe zapalenie płuc z zejściem śmiertelnem („Przegląd lekarski", 1902, Nr. 2). Niezmienność stopnia zasadowości krwi przemawia niewątpliwie za ważnem biologicznem znaczeniem tego czynnika w ustroju (W. Orłowski[20]) i jakkolwiek poszukiwania, podjęte w celu wyświetlenia znaczenia zasadowości krwi, spełzły na niczem (Behring[21]), Fränkel[22]), Löwy i Richter[23]), Fodor, Neumann i inni), to jednak wobec doniosłości tej sprawy niepomyślne wyniki nie powinny zrażać do badań, owszem muszą być bodźcem do dalszych studyów w celu rozwiązania tego zadania.

Piśmiennictwo. 1) W. Orłowski: Przyczynek do nauki o zasadowości krwi. (Przegląd lekarski, 1901, Nr. 18) i Zasadowość krwi w stanach fizyologicznych i patologicznych ustroju. (Przegląd lekarski, 1902, Nr. 1—3. 2) Löwy und Richter: Ueber Aenderungen der Blutalcalescenz bei Aenderungen im Verhalten der Leucocyten. (Deutsche med. Wochenschr., 1895, Nr. 33). 3 Caro: Ueber Leucocytose und Blutalcalescenz. (Zeits. f. klin. med. 1896, Bd. 30). 4) Strauss: Ueber das Verhalten der Blutalcalescenz des Menschen unter einigen physiol. u. path. Bedingungen. (Zeits f. klin. med. 1896, Bd. XXX). — 5) Löwy: Zur Methode der Bluttitration. (Centralbl. f. kl. med. 1892, Nr. 34) i Untersuchungen zur Alcalescenz des Blutes. (Pflüg. Arch. 1894, Bd. 58). 6) Tichonow: K woprosu o piszczewaritelnom lejkocytozie i jego kliniczeskom znaczenii. (1902 Petersb. Rozprawa na stopień doktora medycyny). 7) v. Limbeck: Grundriss einer klin. Pathol. des Blutes. (Jena 1896). 8) Rieder: Beiträge zur Kenntniss der Leucocytose, 1892. 9) Pohl: Ueber Resorption und Assimilation der Nährstoffe. (Arch. f. exper. Phys. u. Pharm. Bd. XXV). 10) Burian und Schuz: Verdauungsleucocytose und Verdauung. (Wien. kl. Wochenschr. 1897, Nr. 6). 11) Bugajewski: K woprosu o piszczewaritjelnom lejkocytozie. (Rozprawa dokt. Dorpat. 1897). 12) Zang: O wljanii razlicznaga roda piszczewych wjeszczestw na koliczestwienyja i morfołogiczeskija izmienienja biełych krowjanych szarykow. (Rozprawa dokt. Dorpat. 1897). 13) Löwy: Ueber die Alcalescenzverhältnisse des menschl. Blutes in Krankh. (C. f. d. med. Wissensch. 1894, Nr. 5). 14) v. Limbeck i Steindler: Ueber die Alcalescenzabnahmen des Blutes im Fieber. (Centralb. f. in med. 1895, Nr. 27). 15) Karfunkel: Zur Blutalcalescenzbestimmung am Krankenbett. (Münch. med. Woch. 1896, Nr. 22). 16) Brandenburg: Ueber die Alcalescenz des Blutes. (Zeitsch. f. kl. med. Woch. 1899, Bd. XXXVI). 17) Fodor: Ueber die Alcalinität des Blutes und Infection. (Centralbl. f. Bacter. Parasitenkunde und Infectionskr. Bd. XVII). 18) Rigler: Das Schwanken der Alcalinität des Gesamtblutes und des Blutserums bei verschiedenen gesunden und kranken Zuständen. (Centralb. f. Bact. Parasitenk. und Infectionskr. 1901, Nr. 22—25). 19) W. Orłowski: Samozatrucie ustroju kwasami, jako czynnik etyologiczny w patologii chorób wewnętrznych, ze szczególnem uwzględnieniem mocznicy. (Przegląd lekarski, 1901, Nr. 29—30. 20) W. Orłowski: K biologii krowi. (Wracz, 1901, Nr. 43). 21) Behring: Ueber die Ursache der Immunität von Ratten gegen Milzbrand. (C. f. kl. med. 1888, Nr. 38) i Beiträge zur Aetiologie des Milzbrandes. (Zeitsch. f. Hygiene, 1889, Bd. VI). 22) Fränkel: Die Einwirkung der Kohlensäure auf die Lebensthätigkeit der Mikroorganismen. (Zeits. f. Hygiene, 1888, Bd. V). 23) Rencki: Znaczenie rozpoznawcze badania drobnowidowego krwi przy raku i wrzodzie okrągłym żołądka. (Pamiętnik wydany na jubileusz prof. F. Korczyńskiego).

II. Z oddziału prof. Roznera c. k. Szkoły położnych.

Ostra niedrożność przewodu pokarmowego podczas ciąży i połogu.

Napisał

Dr. Tymoteusz Piotrowski.

Niedrożność przewodu pokarmowego, jako powikłanie ciąży lub połogu, należy do wielkich rzadkości; w najobszerniejszych nawet podręcznikach znajdujemy tylko wzmiankę, że powikłanie takie istnieć może; brakuje atoli opisu objawów, jakoteż i sposobów leczenia. Z okazyi czterech spostrzeganych przez nas w ostatnich latach przypadków, staraliśmy się zebrać ogłoszone dotychczas przypadki, aby z tego materyału wysnuć wskazówki rozpoznawcze i oparłszy się na statystyce, wykazać najodpowiedniejszy sposób postępowania.

W dwóch przez nas spostrzeganych przypadkach przyczyną niedrożności było skręcenie pętli jelita, w dwóch zaś załamanie. Jedna z pacyentek, operowana na naszym oddziele, była chorą z oddziału Radcy Dra prof. Jordana, któremu za łaskawe pozwolenie ogłoszenia tego przypadku, składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie, jak również i profesorowi Rosnerowi za pozwolenie zużytkowania materyału oddziału i jednego przypadku z praktyki prywatnej.

Przypadek pierwszy dotyczył wieloródki, przywiezionej do szpitala drugiego dnia połogu z powodu wymiotów, znacznego wzdęcia brzucha i zapadu. Przy badaniu znaleziono wzdęcie jelit, macicę prawidłowo zwiniętą dwa palce poniżej pępka; oddechy prawidłowe, bolesność przy dotyku największa w okolicy pępka, ciepłota prawidłowa, tętno przyśpieszone. Po wysokich lewatywach odeszło trochę wiatrów i kawałków stolca, mimo to wzdęcie się utrzymywało. Następnego dnia wzdęcie się powiększyło, wystąpił widoczniejszy ruch robaczkowy jelit wymioty prawie ciągłe, brak jednak wymiocin kałowych.

Zaproszony na naradę prof. Kader rozpoznał niedrożność przewodu pokarmowego i postanowił zaraz przystąpić do laparotomii. Podczas operacyi stwierdzono zrost, odchodzący od tylnej ściany macicy do pętli jelita cienkiego, sprowadzający załamanie; jeden ze zrostów cienkich przedarł się w palcach, drugi podwiązano i przecięto. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, w kilka godzin obfite dobrowolne wypróżnienie.

Po kilkunastu dniach wyleczona, opuściła szpital.

Pacyentka druga, *M. W.*, lat 24. Dnia 20 marca 1902 nastąpiło poronienie w trzecim miesiącu ciąży, przy którem miała być tak znaczna utrata krwi, że lekarz, będący przy łóżku roniącej kazał pacyentkę przewieźć do szpitala z powodu znacznego bardzo osłabienia, gdzie też przyjętą została na oddział chorób wewnętrznych. Przez pierwszych dziesięć dni przebieg był zupełnie prawidłowy, brak krwawień i podwyższenia ciepłoty; dopiero dnia 11-go pojawiła się biegunka, która stale utrzymywała się pomimo zastosowania odpowiedniego leczenia, przez dni 4, a więc do 4 kwietnia. W dniu tym pojawił się silny ból w podbrzuszu po stronie prawej, który napadowo coraz bardziej się wzmagał; po kilku godzinach mimo podawania narkotyków doszedł do takiej siły, że chora podczas napadu traciła przytomność. Dopatrując się związku między obecnem cierpieniem a poronieniem, przeniesiono chorą dnia następnego na oddział profesora Rosnera.

Badanie w chwili przyjęcia wykazywało: rysy twarzy zaostrzone, język suchy, wypieki na policzkach, oddech płytki, przypieszony, ciepłota 36·7, tętno miękkie, 120. Przy osłuchiwaniu w płucach szmery oddechowe prawidłowe, tony serca nieco głuche. Sutki wiotkie, przy ucisku wydobywa się nieco mętnego kleju i krople siary. Brzuch lekko wzdęty, przy dotyku wszędzie bardzo bolesny, wypuk wszędzie bębenkowy. Brak wymiotów, czasami tylko odbijanie. Badanie części rodnych wykazywało zasinienie przedsionka, pochwa rozpulchniona, macica powiększona w osi miednicy, w sklepieniu lewem większa oporność, której z powodu znacznej bolesności bliżej określić nie można. Pomimo padania narkotyków ból dalej się utrzymywał. Wieczorem tego samego dnia ciepłota podniosła się do 38.3, tętno stało się ledwie wyczuwalne, 140, przyczem wzdęcie brzucha stale się powiększało, ruchy robaczkowe jelit stawały się coraz wyraźniejsze i ból najsilniejszy zaczął ograniczać się ściśle od strony lewej. Od dwóch dni brak wiatrów i stolca, wymioty jednak się nie pojawiły, utrzymywało się tylko odbijanie. Tego samego dnia wieczorem przystąpiono do operacyi, rozpoznając rozpoczynające się zapalenie otrzewnej skutkiem niedrożności przewodu pokarmowego, powstałej prawdopodobnie wskutek zrostów macicy z jelitami.

Wykonana laparotomia w uśpieniu chloroformowem w zupełności potwierdziła rozpoznanie nasze. Po otwarciu bowiem jamy otrzewnowej znaleźliśmy sieć przesuniętą ku stronie prawej, na niej leżącą rozdętą pętlę jelita cienkiego i rozdęte jelito grube. Przeglądając pętle jelit, znaleziono dwa, długie na 1 ctm. zrosty, odchodzące od rogu macicy do jelita esowatego i silnie je załamujące, co było powodem niedrożności; nadto dwa długie zrosty, łączące jelito cienkie z tylną ścianą macicy; zrosty te jednak nie sprowadzały całkowitego załamania. Macica powiększona, przydatki po stronie prawej prawidłowe, bez zrostów, po lewej otoczone zrostami. Otrzewna silnie nastrzykana, w zatoce Douglasa ciecz surowiczo ropiasta. Po przecięciu zrostów wprowadzono seton do zatoki Douglasa i zeszyto powłoki, wyprowadzając seton na zewnątrz. Bezpośrednio po operacyi wstrzyknięto pod skórę 0·05 kofeiny. Następnego dnia po lewatywie nastąpiło obfite wypróżnienie, mimo braku wzdęcia i bolesności brzucha wymioty po jedzeniu; odstawiono wszelkie pożywienie przez usta, a natomiast podawano na przemian kilka razy w ciągu dnia lewatywy odżywcze i wzmacniające z roztworu soli. Stan ten utrzymywał się przez 4 dni, w tym też czasie ciepłota dochodziła do 38.4, tętno jednak co dzień było wolniejsze. Piątego dnia ciepłota spadła do normy i już się więcej nie podniosła; od tej też chwili poprawił się i stan pacyentki, ustało osłabienie, nudności i wymioty tak, że mogła zacząć odżywiać się drogą naturalną. Siódmego dnia wydobyto seton, dwunastego szwy, a do dwudziestego piątego zagoiła się w całości i przetoka po setonie. Dnia 28-go po operacyi pacyentka opuściła szpital.

A. W. wieloródka, lat 38, ciąża piąta. Pierwszy poród bliźniaczy, potem poronienie, następne porody prawidłowe. Podczas każdej ciąży cierpiała w ostatnich trzech miesiącach silne zaparcie stolca. W dziesiątym miesiącu księżycowym obecnej ciąży od dwóch tygodni było tak silne zaparcie stolca, że mimo zażywanych dużych ilości aloesu, senesu, olejku rącznikowego i innych środków przeczyszczających, wypróżnienie nie nastąpiło. Wezwany wreszcie lekarz znalazł tętno i ciepłotę prawidłową, powłoki brzuszne silnie napięte, brzuch wzdęty, nigdzie jednak nie bolesny, jak również brak nudności i wymiotów. Po zaordynowaniu kilku wysokich lewatyw nastąpiło obfite wypróżnienie. W trzy dni później wezwany ten sam lekarz znalazł typowe objawy niedrożności jelit, jak wzdęcie brzucha, ból przy dotyku po stronie lewej, wymioty, wzmożony ruch robaczkowy jelit i głośne przelewania. Każdemu wzmożonemu ruchowi jelit towarzyszył napadowy bardzo silny ból w brzuchu, zwłaszcza po stronie lewej. Mimo wysokich lewatyw i przepłukania żołądka, stan chorej się nie poprawił; z tych powodów tego samego dnia odesłał lekarz chorą do Krakowa do prof. Rosnera, który umieścił ją w Domu Zdrowia. Badanie potwierdzało w zupełności rozpoznanie lekarza domowego. Zaproszony do operacyi prof. Kryński rozpoznawał skręcenie jelita esowatego. Tej samej nocy wykonano laparotomię, przy której znaleziono jelito esowate dwa razy zakręcone. Po odprostowaniu pętli jelita, ponieważ miejsce zaciśnięcia nie uległo zgorzeli i kał wraz z gazami przy uciskaniu kiszki odszedł przez otwór stolcowy, aby uniknąć ponownego skręcenia, przymocowano jelito do ściany, poczem powłoki zeszyto w całości. Bezpośrednio po operacyi stan pacyentki był doskonały; w kilka godzin później rozpoczął się poród; przy każdym skurczu macicy tętno przyśpieszone i miękkie. W okresie drugim rodząca tak zesłabła, że nie może wykonać parcia, z tego powodu musiano kleszczami ukończyć poród, wydobywając płód żywy. Wkrótce potem wystąpił zapad, który mimo rozwiązania coraz bardziej się potęgował tak, że w kilka godzin po rozwiązaniu chora zmarła.

Następna pacyentka *M. K.*, lat 40, rodziła dziesięć razy, ostatni raz przed dwoma laty; wszystkie porody i połogi prawidłowe. Przed rokiem wystąpił nagle ból w brzuchu po stronie prawej, przyczem stolec i wiatry nie odchodziły, a nadto były nudności i wymioty; po okładach ciepłych i lewatywie odeszły wiatry i stolec, nudności jednak i wymioty nadal się utrzymywały, tylko nie były tak częste. Przypadłości te, trwające blizko dwa miesiące, ustąpiły dopiero zupełnie po przeprowadzeniu leczenia karlsbadzkiego.

W obecnej ciąży mniej więcej przed dwoma miesiącami pojawiły się znowu takie same bole po stronie lewej, z początku rzadkie, później coraz częstsze i silniejsze; w ostatnich dniach występowały już co kilka godzin. Od 24 godzin stały się bardzo gwałtowne, występowały napadowo co 2—3 minut; w tym czasie pojawiło się znaczne wzdęcie brzucha, nudności, wymioty i zatrzymanie stolca i wiatrów. Przywieziona w dniu 7/VI 1899 r. do oddziału z polecenia prof. Rosnera, przy badaniu okazywała: rysy zaostrzone, na policzkach wypieki, wargi spieczone, język suchy, obłożony, ciepłota 37.8, tętno 112. W płucach szmery oddechowe prawidłowe, tony serca czyste, przepona wysoko ustawiona. Brzuch silnie wzdęty, obwód 117 ctm., do wyrostka 48, do pępka 26, wypuk prawie wszędzie bębenkowy, tylko w dole nad spojeniem stłumiony. Brzuch w całości przy dotyku bolesny, największa bolesność z boku po stronie lewej. Macica pokryta jelitami, przesunięta na stronę prawą; skutkiem bolesności i rozdęcia jelit dna

dokładnie wybadać nie można, jak i położenia płodu. Tętno płodu wyraźnie słyszalne po stronie prawej poniżej pępka. Badanie wewnętrzne wykazuje początek pierwszego okresu porodowego, główkę we wchodzie, ciemię małe po stronie prawej. Podczas napadu bolu widać rysujące się pętle jelit, zwłaszcza w dołku podsercowym i z boku po stronie lewej; z chwilą największego nasilenia bolu pojawiają się skurcze macicy, pod koniec bolu występuje czkawka, a potem wymioty.

Ponieważ rozpoznano ostrą niedrożność przewodu pokarmowego, przystąpiono więc zaraz do operacyi, podczas której postanowiono od razu wykonać cięcie cesarskie, a to dlatego, że poród był już rozpoczęty i było pewnem, że poród po operacyi dalej będzie postępował; aby więc utrzymać jamę otrzewnową po laparotomii w spokoju, zdecydowano się na równoczesne wykonanie cięcia cesarskiego, wreszcie aby nie wykonywać cięcia na zmarłej, bo stan pacyentki był taki, iż można było przypuszczać, że umrze przed ukończeniem porodu. Cięcie więc skórne poprowadzono w linii środkowej 3 palce poniżej wyrostka mieczykowatego, aż na 3 palce ponad spojenie łonowe. Po otwarciu jamy otrzewnowej wsunęła się zaraz do rany rozdęta silnie pętla jelita grubego. Po odsunięciu jelita w celu wydobycia macicy, znaleziono sieć przyrośniętą do lewego rogu macicy, koło sieci tej okręcone pętle jelita cienkiego. Podwiązano więc sieć katgutem i odcięto, poczem z łatwością udało się wytoczyć macicę przed ranę powłok. Przykryto następnie należycie jamę otrzewnową i przecięto macicę cięciem podłużnem; wydobyto płód żywy płci żeńskiej, wg. 2450 grm.; łożysko, znajdujące się na tylnej ścianie, oddzielono wraz z błonami, poczem zeszyto macicę katgutem, zakładając szew dwupiątrowy. Przeglądając jelita po zapuszczeniu macicy do brzucha, znaleziono skręt o 180% jelita esowatego, który był główną przyczyną niedrożności, gdyż pętla jelita powyżej była silnie bardzo rozdęta; jelito cienkie okręcone koło sieci było tylko nieznacznie rozdęte. Po odprostowaniu pętli jelit zeszyto powłoki w całości, zakładając dla skrócenia operacyi szwy głębokie węzełkowe przez wszystkie warstwy. Zaraz po operacyi wstrzyknięto strzykawkę olejku kamforowego i kofeiny 0,01, podczas zaś operacyi 2 gramy ergotyny. Tego samego dnia wieczór ciepłota 38·2, tętno 140; język suchy, brak wzdęcia i wymiotów, chora podmiotowo czuje się znacznie lepiej, niż przed operacyą, bo nie ma tych bolów napadowych, stale utrzymuje się tylko czkawka. Następnego dnia odeszły w dużej ilości wiatry, czkawka mniejsza, ciepłota 37.8, tętno 136; pod wieczór stan ten sam, tętno tylko coraz miększe mimo podawania środków nasercowych. W nocy drugiego dnia po operacyi zapad i zejście śmiertelne.

Omawiając ostrą niedrożność przewodu pokarmowego, pomijamy na razie niedrożność z powodu uwięźnięcia przepuklin i wgłobienia, a pozostajemy tylko przy niedrożności, powstałej ze złego ułożenia jelit. Osobno omawiać musimy niedrożność powstałą w ciąży, a osobno powstałą w połogu, gdyż inne bywają jej przyczyny i odmienne objawy.

Niedrożność podczas porodu albo jest istniejącą już podczas ciąży, albo objawia się dopiero w pierwszych dniach połogu, chociaż powstanie jej może być w bezpośrednim związku z porodem. Dlatego niedrożności podczas porodu osobno opisywać nie będziemy, gdyż schodzi się ona z niedrożnością w ciąży albo w połogu.

Przez ostrą niedrożność przewodu pokarmowego rozumiemy całkowitą przeszkodę w krążeniu treści jelit, powstałą skutkiem złego ich ułożenia. Przeszkoda taka może powstać albo skutkiem uwięźnięcia pętli jelita w jakimś otworze naturalnym lub patologicznym, albo skutkiem zasznurowania, zaciśnięcia pętli jelita przez powstałe zrosty, dalej przez skręcenie, zawęźlenie pojedynczych pętli, wreszcie przez załamanie.

Niedrożność przewodu pokarmowego skutkiem innych przeszkód, n. p. ucisku gazu na jelita, ropnia otorbiornego, tyłozgięcia macicy ciężarnej, ciąży zamacicznej, spraw zapalnych w jamie otrzewnowej, nie jest właściwą, istotną niedrożnością, tylko niedrożność jest tu objawem, skutkiem, innego cierpienia; dlatego przeszkody te będziemy osobno omawiać, uwzględniając liczne prace tego rodzaju niedrożności. W przypadkach przez nas opisywanych takiej niedrożności nie uwzględniamy, gdyż nie uważamy jej za istotną. W pracy niniejszej przedstawimy przypadki zebrane z piśmiennictwa w pojedynczych grupach; osobno uwięźnięcia i zasznurowania, osobno skręcenia i zawęźlenia, osobno załamania; w innej grupie pomieścimy niedrożności z innych przyczyn, oddzielnie także omówimy uwięźnięcia przepuklin i wgłobienia; w końcu jeszcze parę słów o przypadkach wątpliwych, w których nie robiono ani operacyi, ani sekcyi, jako też i o wyleczonych przez lewatywy i środki przeczyszczające.

Przystępując do grupy pierwszej: uwięźnięcia i zasznurowania, wiemy, że jelita mogą uwięznąć w jamie otrzewnowej, w otworze Winslowia, dostając się do torebki sieciowej pod żołądek, (jak to opisał Blandin, w fossa duodeno-jejunalis, co Treitz opisuje jako przepuklinę zaotrzewnową), dalej w dole pod jelitem ślepem (opisane przez Klebsa), w zbliznowaceniu otrzewnej przy wejściu do zatoki Douglasa; prócz tych otworów niejako naturalnych w samym środku jamy otrzewnowej, a nie poza jej ścianami, mogą jeszcze sprowadzić uwięźnięcie pętli jelita otwory anormalne, znajdujące się znowu w samej jamie otrzewnowej, jak n. p. otwór w krezce, w sieci, w więzadle szerokiem, w więzadle wieszadłowem wątroby, nadto podane przez Nothnagla szczeliny pękniętej macicy i pęcherza. Niektóre z tych otworów, istniejące już przed ciążą, są tak małe, że pętla jelita do nich wcisnąć się nie może, dopiero w miarę postępu ciąży, rozrostu macicy, rozciągają się tak, że mogą spowodować uwięźnięcie; przykładem takich będą otwory w więzadle szerokiem. Zasznurowania powstają przez zrosty patologiczne, powstałe pomiędzy pojedynczymi narządami jamy otrzewnowej; n. p. wyrostka robaczkowego z jelitami, pojedynczych pętli jelit między sobą, jelita z otrzewną ścienną, z macicą i t. p. Przypadków, dających się zaliczyć do tej grupy, znaleźliśmy w piśmiennictwie 21, z tych 16 podczas ciąży, 5 w połogu.

W 21 zebranych przypadkach w przeważnej części przyczyną niedrożności były zrosty, zaciskające pojedyncze pętle jelita; zrosty te odchodziły od otrzewnej, dawnych blizn pooperacyjnych (n. p. Nr. 9, 10, 20), od wolnego worka przepuklinowego (Nr. 11, 14), w jednym przypadku od torbiela skórzastego. W czterech przypadkach przyczyną niedrożności było uwięźnięcie pojedynczych pętli jelit w otworach, utworzonych przez zrosty otrzewnowe i przyrośniętą sieć (Nr. 1, 2, 3, 19). W przypadku Nr. 12 pętla jelita cienkiego uwięzła w otworze więzadła szerokiego, w jednym zaś przypadku (Nr. 13) była wada wrodzona w rozmieszczeniu trzew.

Grupa I. *Zadzierżgnięcia, uwięźnięcia i rozległe zrosty.*

Liczba	Wiek	Miesiąc ciąży	Autor	Objawy	Sposób leczenia	Przebieg	Zachowanie się płodu	Przyczyny niedrożności
1	39 wielor.	8	Gotsched. Inaug. Diss, 1869.	Zaparcie stolca i wiatrów, wzdęcie i wymioty. W trzecim dniu połogu dobrowolny stolec.	Lewatywy.	Śmierć 7 dnia choroby.	2-go dnia choroby poród dobrowolny, płód żywy.	Zrost sieci z macicą, nadto postronek od sieci do tylnej ściany macicy, w otworze między zrostami uwięźnięcie pętli jelita.
2	20 wielor.	5	Tarnowsky. Wojenno-Medicinski Żurn,. 1877.	Od 2 tygodni zaparcie stolca i wiatrów, od 2 dni wymioty kałowe.	Poród sztuczny.	Śmierć 8 dnia choroby.	—	Uwięźnięcie pętli jelita między zrostami otrzewnowymi a siecią.
3	24	10	Craig. The obst. Journ. of Great Britain and Ireland, 1878.	Ból i wymioty, potem zapad.	Lewatywy	Śmierć 3 dnia choroby.	Przed śmiercią dobrowolny poród, dziecko nieżywe.	Uwięźnięcie pętli jelita między zrostami jelita cienkiego z grubem, rumieniem wstępującem.
4	43 wielor.	6	Rydygier. Arch. f klin. Chir., Bd. XXXVI.	Ból, wymioty kałowe, wzdęcie brzucha.	Laparotomia 5 dnia choroby.	Wyleczenie.	Ciąża donoszona, płód żywy.	Zaciśnięcie jelita przez postrunek odchodzący od otrzewnej powłok do kręgosłupa.
5	38 wielor.	6	Zoege-Manteuffel. Arch. f. klin. Chir., 1887.	Objawy niedrożności od 6-ciu dni.	Laparotomia	Wyleczenie.	Poród przedwczesny w 5 dniu choroby.	Zaciśnięcia jelit przez zrosty otrzewnowe.
6	29	6	Bandera. Periodico de la Academia de Mexico, 1887.	Wzdęciu, brak stolca, zapad. Wiatry odchodzą.	Lewatywy.	Śmierć 2 dnia choroby.	—	Zrosty między jelitem esowatem a ślepem.
7	27	4	Corner. Lancet, 1888.	Od 7 dni objawy niedrożności.	Lewatywy, pompowanie żołądka.	Śmierć 7 dnia choroby	—	Zrosty jelita cienkiego ze ślepem.
8	wielor.	5	Carthy. Lancet, 1888.	Zaparcie stolca na przemian z biegunką.	Narkotyki.	Śmierć 7 dnia choroby	—	Zaciśnięcie jelita ślepego zrostami.
9	35 wielor.	7	Tuja. Thése. Lyon, 1895.	Zaparcie stolca i wiatrów, wymioty kałowe.	Laparotomia 5-go dnia choroby.	Śmierć w 5 godzin po operacyi.	Dobrowolny poród w 3 dniu choroby.	Zrosty jelita cienkiego ze ślepem i z dawną blizną pooperacyjną.
10	23 wielor	10	Klauer. Charité Annalen, 1896.	Wymioty kałowe, nieznaczne wzdęcie, zapad.	2-go dnia choroby poród sztuczny. 4 dnia choroby laparotomia.	Śmierć w kilka godzin po operacyi.	Poród sztuczny, dziecko żywe.	Zrosty między otrzewną a jelitami i między samemi jelitami z dawną blizną po operacyjną.
11	31 wielor.	7	Noble. Annals of Gynec. and Pediatry, 1899.	Od 5 dni objawy niedrożności, wymioty kałowe, w okolicy kiszki ślepej opór bolesny.	Laparotomia w 6-tym dniu choroby.	Śmierć.	—	Jelito cienkie przyczepione do pustego worka przepukliny pachwinowej lewej; macica posunięta na prawo.
12	42 wielor.	7	Meyer. Monat. f. Geburt. u. Gynek., 1899.	Blizko od miesiąca zaparcie stolca, od kilku dni wymioty kałowe.	Laparotomia po kilku dniach.	Wyleczenie	Poród dobrowolny w 2 godziny po operacyi, płód żywy.	Uwięźnięcie pętli jelita cienkiego w otworze więzadła szerokiego lewego.
13	29	10	Meyer. *Ibidem.*	Od 2 dni objawy ostrej niedrożności.	Laparotomia w 4 dniu choroby.	Śmierć w 3 godziny po operacyi.	Poród dobrowolny drugiego dnia choroby, płód żywy.	Jelito grube przechodziło przez bramę w krezce, gdzie powstało zaciśnięcie; jelita cienkie leżały po nad jelitem grubem. Wrodzona wada rozmieszczenia trzew.
14	36	10	Tenderich. Deutsch. Zeit f. Chir., 1900.	Od 30 godzin objawy niedrożności.	Laparotomia w 2 dniu choroby, sztuczna przetoka kołowa.	Wyleczenie.	Poród dobrowolny w dzień po operacyi, płód żywy.	Zaciśnięcie pętli jelita postronkiem, przechodzącym od wolnej bramy przepukliny udowej do kłębka pokręconych pętli jelita cienkiego.
15	—	6	Boissard. Bull. de la Soc. d'abst. de Paris, 1902.	Od kilku dni objawy ostrej niedrożności.	Laparotomia.	Śmierć.	—	Zrost otrzewnowy, zaciskający pętle jelita, powyżej ucisku otwór w jelicie.
16	—	4	Mouchet (de Sens). Bull. Soc. anat., 1901.	Objawy ostrej niedrożności.	Laparotomia, wydobycie torbielaka i uwolnienie zrostów.	Wyleczenie.	Ciąża donoszona, płód żywy.	Zrosty jelit z torbielakiem jajnikowym.
17	34 wielor.	połóg	Voron. Soc. des Sc. méd. de Lyon, 1898.	W kilka dni po poronieniu w II m. ciąży objawy niedrożności.	Laparotomia.	Wyleczenie.	—	Zrosty otrzewnowe zaciskały pętle jelit.
18	—	połóg	Smith. Brith. med. Journ. 1890.	W 9 dniu połogu objawy niedrożności.	Laparatomia w 2 dniu choroby.	Wyleczenie.	Płód żywy.	Zrosty jelit z otrzewną w okolicy wątroby.
19	—	połóg	Demelin. Obstétrique, 1897.	W pierwszych dniach połogu objawy niedrożności.	Laparotomia.	Śmierć.	Płód żywy.	Liczne zrosty między jelitem ślepem a ścianą miednicy. Pomiędzy zrostami uwięźnięta pętla jelita cienkiego, schodząca aż do zatoki Douglasa. W miejscu ucisku przetoka kałowa.

Liczba	Wiek	Miesiąc ciąży	Autor	Objawy	Sposób leczenia	Przebieg	Zachowanie się płodu	Przyczyny niedrożności
20	wielor.	połóg	Champetier de Ribes. Soc. d'obst de gyn. et de pediatric, 1901.	W pierwszych dniach połogu ból i wzdęcie brzucha, potem zaparcie stolca i wiatrów, w 4 dniu połogu wymioty.	Lewatywy i środki narkotyczne.	Śmierć.	Płód żywy.	Jelito grube zaciśnięte zrostem, odchodzącym od starej blizny powłok, nadto liczne zrosty od rogu macicy. W miejscu ucisku przetoka kałowa.
21	—	połóg	Pinard. Comptes-rendus de la Soc. d'obst. de gyn. et de pediatr., 1902.	Objawy niedrożności w pierwszych dniach połogu po cięciu łonowem wykonanem podczas porodu.	Laparotomia nie wykryła przyczyny niedrożności, tylko zapalenie otrzewnej.	Śmierć.	Płód żywy.	Sekcya wykazała, że niedrożność spowodowały liczne zrosty jelit ze ścianą miednicy.

Najwcześniej spostrzegano niedrożność w miesiącu czwartym, najpóźniej w ostatnich dniach ciąży; niedrożność w połogu trafiała się nie tylko bezpośrednio po porodzie, ale także i w dniach późniejszych, nawet w drugiem tygodniu połogu.

Na 16 przypadków niedrożności w ciąży poród w połowie przypadków nastąpił dobrowolnie, raz wywołany był sztucznie, w siedmiu — ciąża nie została przerwaną, z tych jednak tylko w dwóch przypadkach (Nr. 4 i 16) ciąża została donoszoną; reszta matek zmarła przed rozwiązaniem. Obliczając śmiertelność dzieci, jeżeli wliczymy w to i zmarłe kobiety nierozwiązane, to będziemy mieć na 16 przypadków siedmioro dzieci żywych, dziewięć nieżywych. Zestawiając śmiertelność matek osobno, oddzielić musimy przypadki operowane od nieoperowanych. Operowanych było 10, z tego umarło 5, wyzdrowiało 5; nieoperowanych było 6, te wszystkie umarły. Na 10 operowanych było dzieci żywych 6, a więc prawie tyle, co i matek, czyli, że przez operacyę można uratować życie matki i dziecka.

Jeżeli zestawimy wszystkie przypadki tej grupy, tak niedrożność w ciąży, jak i w połogu t. j. razem 21 przypadków, to obliczać możemy tylko odsetek śmiertelności matek, bo niedrożność połogowa nie wpływała na sam poród, a więc i życie dziecka. Razem operowanych przypadków będzie 14, z tego wyzdrowiało 7, zmarło 7, nie operowanych razem 7, wszystkie zakończone śmiercią; z tego wynika, że odsetek śmiertelności kobiet jest taki sam, bez względu na to, czy niedrożność przewodu pokarmowego powstała w ciąży, czy w połogu; odsetek śmiertelności jest zawsze 50 — w przypadkach operowanych, zaś 100 w przypadkach nieoperowanych. (Ciąg dalszy nastąpi).

III. Wyciągi.

Prof. A. Hirschler i Docent P. Terray. **O znaczeniu soli nieorganicznych w ustroju.** (*Pest. med. chir. Presse*, Nr. 46, 1902). Wiadomości nasze o przemianie soli nieorganicznych w ustroju są niedostateczne, w szczególności zaś nie uwzględniają dotychczasowych badań bezwzględnych ilości wydzielonych substancyj mineralnych. W pracy, przedłożonej węgierskiej Akademii Umiejętności, starali się autorowie zbadać: 1. wpływ różnorodnych pokarmów wśród warunków prawidłowych pod względem jakościowym i ilościowym; *a)* co do stosunków, przy których bywają wydzielane ciała, zawierające azot, oraz sole przy równowadze azotowej, kaloryi i przy pożywieniu mięszanem; *b)* tosamo przy żywieniu, składającem się przeważnie z białka, dalej — przeważnie z węglowodanów, wreszcie przeważnie z tłuszczu; 2. wpływ wzmożonego i zmniejszonego dowozu pokarmów na przeróbkę materyi tkanek, na powstawanie nowych i znikanie istniejących tkanek, na wzajemny stosunek wydzielania N i soli. Badano też, które pokarmy wywierają najlepszy wpływ na rozwój młodego ustroju i jaką w tym zakresie rolę ma fosfor i pokarmy, zawierające P; wreszcie, czy pod tym względem zachodzą różnice między P, związanym organicznie, i nieorganicznie; 3. jaki ma wpływ wprowadzona ze solami do ustroju energia na wchłanianie pokarmów organicznych; 4. przeróbkę materyi tkanek podczas głodzenia, jakoteż podczas poszczególnych chorób. Praca rozpada się na dwie części: fizyologiczną i patologiczną, t. j. badano wpływ soli nieorganicznych na fizyologię, względnie patologię przeróbki materyi. Z nieorganicznych soli mineralnych, ważnych dla ustroju zwierzęcego, badano przedewszystkiem przeróbkę P_2O_5, Ca i Mg. W części fizyologicznej badano wzrost młodego ustroju, a mianowicie, czy żywienie jajami wpływa na przeróbkę N i P, czy sprzyja osadzaniu się substancyi N i P, a jeżeli tak, czy ono wtedy korzystniej wpływa na wzrost ustroju, niż inne pokarmy. Drugiem pytaniem było, czy P, dostając się do ustroju w połączeniu jedynie organicznem, sprzyja tu szczególnie rosnącemu ustrojowi, osadzaniu N i P, lub czy ustrój może także wiązać nieorganiczne fosforany, a więc czy i te mogą korzystnie wpłynąć na wzrost ustroju? Badano dalej, czy w rosnącym ustroju istnieje jaki stały stosunek między wydzielaniem N i P; wiele zatrzymuje ustrój rosnący z wprowadzonego N, P i Ca?; jaka ilość N, P_2O_5 i Ca zostaje wydzieloną nerkami, a jaka stolcem? Ponieważ doświadczenia na oseskach nie dały się przeprowadzić, robiono je na dwóch pieskach $2^1/_2$ miesięcznych, z których jeden służył do kontroli, a drugi do właściwych doświadczeń. Wyniki: 1. Oba zwierzęta zatrzymały we wszystkich okresach doświadczenia N; pies, żywiony jajami nieco mniej. Podczas gdy u zwierzęcia użytego do kontroli w II. i III. okresie doświadczenia zmniejszało się zatrzymanie N, to pies karmiony jajami zatrzymywał w rozstrzygającym okresie więcej N, niż w okresie przygotowawczym i III. 2. Oba zwierzęta zatrzymywały we wszystkich okresach P_2O_5 i CaO. Ilość wprowadzonego P_2O_5 została dobrze wyzyskaną. Stosunek P_2O_5 do N był stały. Z wydzieliny ilości P_2O_5 przypada większa część na wydzielanie nerkami, mniejsza na wydzielanie kałem. 3. Całą wprowadzoną ilość Ca oba zwierzęta bardzo źle wyzyskały. 4. Spostrzegane podczas całego trwania doświadczenia zatrzymywanie N, P_2O_5 i Ca wskazuje, iż ustrój zwierząt, szczególnie w początku doświadczenia, usilnie starał się zatrzymać to ciała dla wytworzenia tkanek i że ta energia wzrostu zmniejszała się z postępem doświadczenia. Czy ustrój może wyzyskać nieorganiczne sole wapniowe i fosforowe, zależy przedewszystkiem od rozpuszczalności tych soli, a na to dotychczas nie zwracano uwagi w praktyce dziecięcej, albowiem w schorzeniach kości polecają lekarze fosforan wapniowy dwuzasadowy, podczas gdy tylko od rozpuszczalnego kwaśnego, lub pierwotnego fosforanu, lub cytrynianu wapniowego można się spodziewać dodatniego wyniku. W części patologicznej przytaczają autorowie swe doświadczenia w przypadku *endoarteriitis chronica deformans*. Oddawna przypisuje się wapniowi w tej chorobie pewne znaczenie, ponieważ w późniejszym jej okresie osadzają się złogi wapniowe na ścianie tętnicy; bliższych szczegółów jednak nie znamy dotychczas. Doświadczenie nad przeróbką materyi u chorego podzielono na trzy okresy trzydniowe: w I. dostawał chory dyetę mięszaną; w II. codziennie 3 litry mleka, trzy jaja i trzy bułki; w III. oprócz tego jeszcze 3 grm. mączki kościanej. Wyniki były następujące: podczas dyety mlecznej zatrzymał chory wielką ilość wapna w ustroju, mimoto zawartość Ca we krwi nie była większą, niż w dyecie mięszanej i dlatego autorowie nie wykluczają w zupełności mleka z dyety chorych na stwardnienie tętnic; należy tylko badać przeróbkę Ca podczas dłużej trwającej dyety mlecznej, jakoteż zawartość Ca we krwi. W III. okresie, w którym podawano także mączkę kościaną, zatrzymywał chory także P_2O_5, MgO, a głównie CaO, z czego wynika, iż ustrój ludzki może zużytkować także nieorganiczne sole fosforowe, jeżeli je podajemy w postaci łatwo rozpuszczalnej, a więc przystępnej wessaniu. *Baschkopf.*

A. v. Magnus. **Przyczynek do postępowania przy miednicach wązkich.** (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* tom 17, zeszyt 2 i 3, 1903). Uwagi swoje poczynił autor na bardzo obszernym materyale kliniki królewieckiej między rokiem 1883, a 1900. Jaką miednicę wązką uważa tę, której wymiar prosty prawdziwy (*conj. vera*) wynosi niżej 9·75 ctm. Ze względu na formę rozróżniał tylko miednice płaskie i ogólnie jednostajnie ścieśnione. Wszystkich przypadków tu należących było 874; z tego przypada 806 na miednice płaskie, a 68 na ogólnie ścieśnione. Z tych 874 porodów przebiegło przy miednicach ciasnych dobrowolnie 702 = 80·33%. Na podstawie różnych zestawień dochodzi autor do następujących wyników: Miednice z *c. v.* od 9·75—9·6 nie różnią się od prawidłowych ze względu na dobrowolny przebieg porodu. W miarę wzrastania ścieśnienia zmniejszają się widoki dla porodu samoistnego z każdym ½ ctm. o 8—12%. Przy miednicach z *c. v.* 8·4—8 ctm. przebiegają porody dobrowolnie w ⅓ wszystkich przypadków, wreszcie przy miednicach z *c. v.* poniżej 7 ctm. nie można liczyć na poród dobrowolny. Miednice ogólnie jednostajnie ścieśnione dają zawsze lepsze rokowanie, aniżeli płaskie. Z każdym następnym porodem wzrasta potrzeba operacyjnego ukończenia porodu. Trwanie porodu dobrowolnego wynosi przeciętnie 21 godzin, 25'; śmiertelność płodów = 6·9%, — matek 0·3%. Ze względu na to, że porody przy miednicach ciasnych u pierwiastek kończą się w 93·3% dobrowolnie, należy u nich zawsze postępować wyczekująco. W przypadkach zaś, gdzie zachodzi wskazanie do ukończenia porodu ze względu na matkę lub płód, należy przy główce ustalonej we wchodzie miednicy założyć wysokie kleszcze; jeżeli jednak po 10—12 pociągnięciach nie dochodzi się do celu, trzeba wykonać wymóżdżenie. Tylko tam, gdzie matka za każdą cenę życzy sobie mieć żywe dziecko, można wykonać cięcie łonowe. Cięcie cesarskie u pierwiastek ogranicza się tylko do wskazania bezwzględnego. Jeżeli główka jest ruchoma nad wchodem — należy przy wskazaniu ze strony płodu i odpowiednich warunkach (rozwarcie ujścia macicy, stojący lub niedawno pęknięty pęcherz płodowy) wykonać obrót i wyciągnięcie płodu, przy wskazaniach zaś ze strony matki tylko wymóżdżenie. Obrotu „profilaktycznego" u pierwiastek nie wykonuje się, gdyż daje on złe wyniki dla matek i płodów. U wieloródek z *c. v.* 9·75—8 ctm., należy również czekać na poród dobrowolny, który występuje w ¾ wszystkich przypadków. Jeżeli jednak główka nie okazuje skłonności do przejścia przez ścieśniony wchód, należy przy zupełnem rozwarciu ujścia macicy wykonać t. zw. obrót „profilaktyczny". Czas, przez który można czekać, zależy od bolów, napięcia dolnego odcinka macicy i od wysokości pierścienia skurczowego; wogóle jednak nie należy czekać dłużej nad 10 godzin po pęknięciu pęcherza płodowego. Przy główce ustalonej, a nie postępującym porodzie, można próbować ukończyć poród kleszczami; nie wolno jednak forsować, a w razie nieudanej próby należy wykonać wymóżdżenie. Przy miednicach z *c. v.* 7·9—7 ctm. najkorzystniej jest wzniecić poród przedwczesny w 35—27 tygodniu ciąży; z końcem ciąży pozostaje wymóżdżenie, lub jeżeli matka sobie życzy mieć żywe dziecko, wykonać cięcie łonowe lub cesarskie.

Dr. E. Ehrenpreis.

Oberwarth (Berlin). **Pierwotne zgorzelinowe zapalenie gardła.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 17, 18). Autor opisuje rzadki przypadek pierwotnego zgorzelinowego zapalenia gardła u 12-letniego chłopca. Początkowo szaro-białe, następnie czerniejące pokłady, pod którymi wytworzyły się głębokie owrzodzenia; cuchnienie rozpadowe z ust, odpadające strzępy, szerzenie się sprawy na części sąsiednie i przerzuty zgorzelinowe w przedniej części jamy ustnej: oto obraz tej ciężkiej choroby, której towarzyszyły: wysoka gorączka, ogólne osłabienie i objawy ogólnej posocznicy, której chory wreszcie uległ. W preparatach drobnowidowych wykazano paciorkowce. Sprawa przebiegała z przerwami, występując w nasileniach, umiejscowiających się przeważnie raz na lewym, raz na prawym migdałku i okolicy, to znowu na wardze dolnej i policzku. Pod koniec wystąpiły liczne wybroczyny, petocie, a przed śmiercią wynaczynienia w siatkówce. Przy odchrząkiwaniu wydobywała się znaczna ilość skrzepłej krwi z ust; przy sekcyi znaleziono liczne wybroczyny w śródsierdziu, osierdziu, miedniczkach nerkowych i na błonie śluzowej żołądka. Stwierdzono głośny szmer skurczowy po stronie lewej mostka, a sekcya wykazała zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego, przerost prawej komory serca przy nienaruszonych zastawkach sercowych. Spostrzeżenia kliniczne przemawiają za tem, że sprawa ta jest chorobą zakaźną, której zarazki z upodobaniem osiedlają się w gardle, gdzie wywołują objawy miejscowe, wytwarzają jady, które dostawszy się do krwiobiegu, wywołują zmiany w sercu i sprowadzają ogólną posocznicę. *Spira.*

Dr. M. Koenigstein. **O wartości leczniczej adrenaliny w cierpieniach nosa, uszu, gardła i krtani.** (*Gazeta Lek.* 1903, 16, 17). Autor stosował adrenalinę (wyrób fabryki Parke, Davis et Co.) w ciągu czterech miesięcy u 62 chorych; do tej liczby zalicza 23 operacyj. Na podstawie piśmiennictwa i własnego doświadczenia wysnuwa on następujące wnioski: 1) adrenalina w roztworze 0,01%—0,1% wywołuje skurcz naczyń włosowatych błony śluzowej; 2) wzmacnia działanie znieczulające kokainy; 3) stosowana przed rękoczynem; nie zapobiega możliwości krwotoku wtórnego, przeto po zabiegu należy ranę w nosie wytamponować; 4) adrenalina oddaje wielkie usługi przy rozpoznawaniu cierpień nosa, a w szczególności jego jam bocznych; 5) w krtani i połyku adrenalina działa daleko słabiej, niż w nosie; 6) można jej z pożytkiem używać w niektórych cierpieniach ucha środkowego; 7) nieostrożnie zastosowana, może w pewnych warunkach wywołać sprawy zgorzelinowe. Działania ubocznego adrenaliny autor nigdy nie spostrzegał, co skłania go do przypuszczenia, że mamy tu do czynienia z odtrutką na kokainę, którą zatem należy stosować zwłaszcza u osobników, nie znoszących kokainy. W każdym razie lecznictwo w zakresie chorób nosa i uszu zyskało w adrenalinie środek pożyteczny, który powinien zająć drugie miejsce po kokainie i nie popaść rychło w zapomnienie. Szereg przytoczonych pouczających przypadków ilustruje powyższe uwagi. *Spira.*

Schütze. **Przypadek tężca głowy z rzadką etyologią.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1903, Nr. 23). Kobietę ukąsił paw w czoło. Ósmego dnia dopiero zwróciła się chora do lekarza z powodu skurczowego napięcia mięśni szczęki i utrudnionego otwierania ust, a ten zapisał jej maść i elektryzował twarz. Po trzech tygodniach od czasu ukąszenia dostała się dopiero chora do oddziału chorób zakaźnych z rozpoznaniem tężca. Twarz zaczerwieniona, śmiech skurczowy, po stronie lewej wyraźne porażenie nerwu twarzowego, szczękościsk, zęby zaciśnięte tak, że tylko na kilka milimetrów można je od siebie oddalić, znaczna trudność w połykaniu z powodu skurczu mięśni połykowych; skurcz mięśni karku, tężec tylny, oto co wykazało badanie po przyjęciu. Zaraz też po przyjęciu i dnia następnego wstrzyknięto chorej razem 250 jednostek surowicy przeciwtężcowej Behringa. Rana na czole nieczysta, o brzegach nacieczonych; z rany tej wydobyto cząstkę złamanego dzióba pawia, ważącą ¼ grm., o długości 7·5 mm.; ranę tę w znieczuleniu Schleicha wypalono. Aby uzupełnić rozpoznanie tężca, zaszyto ów koniec dzióba białej myszy pod skórą, a ta po dwu dniach potem zdechła wśród wybitnych objawów tężca. Z tym końcem dzióba zrobiono kilka takich prób i zawsze z wynikiem dodatnim. Hodowla z tego odłamka dała również przy badaniu mikroskopowem stwierdzone prątki tężca. Dziesiątego dnia po wstrzyknięciu surowicy mogła już chora otwierać usta na 2 ctm.; napięcia mięśni poczęły zwalniać, rana na czole goiła się tak, że w trzy tygodnie od chwili przyjęcia chora uzdrowiona opuściła szpital. Przypadek ten jest zajmujący z powodu rzadkiego sposobu powstania, a także i dlatego, że odłamana część dzióba zawierała w sobie stwierdzone doświadczeniem na zwierzętach i w hodowlach zarodki prątków tężcowych.

B. Żmigrod.

Dr. G. Paul. **Ocena wyników rewakcynacyi.** (*Das österreichische Sanitätswesen* Nr. 6, 1903). Dotychczasowe przepisy austryackie, dotyczące szczepienia, nie dają żadnej dyrektywy do oceny i klasyfikacyi wyników rewakcynacyi. Przy pierwszem szczepieniu wystarczy ze stanowiska praktycznego i naukowego podział na szczepienie udałe i szczepienie bezskuteczne. Wyniki rewakcynacyi należy podzielić na cztery grupy, w których ma się stwierdzić: 1. Brak odczynu, nie uwzględniając następstw nieznacznego zdarcia przyskórka. 2. Wytworzenie się silnie swędzącego guzka, posiadającego na szczycie pęcherzyk bez obwódki zapalnej, a zarazem bez zajęcia gruczołów chłonnych i bez ogólnego odczynu w ustroju. 3. Powstanie wyraźnych, lecz zmienionych w swem typowem wejrzeniu pęcherzy z miejscowym odczynem, a więc i współudziałem gruczołów chłonnych i całego ustroju. Czas trwania tych pęcherzy jest znacznie krótszy. 4. Wytworzenie się typowe pęcherzy, jak przy szczepieniu pierwszem. Stopnie rozwoju pryszczów powtórnego szczepienia są wyrazem bezpośrednim rozmaitych stopni istniejącej, osłabionej, lub też zupełnie wygasłej odporności i dlatego do oceniania rewakcynacyi nie wystarcza podział na wyniki udałe lub bezskuteczne, jako nie odpowiadający praktycznym i naukowym wymaganiom. Rewakcynacya ma stanowić dowód, czy uodpornienie ustroju jeszcze istnieje, czy też jest osłabione, lub nawet znikło zupełnie, a względnie czy do ustroju na nowo wprowadzić świeże uodpornienie, a więc odpowiednio do posiadania tego uodpornienia będą wyniki rewakcynacyi wedle wyżej wspomnianych czterech grup rozmaite. Dr. Paul, dyrektor rządowego zakładu krowiankowego w Wiedniu, przedkłada odpowiednie tabele, które lekarze powiatowi mieliby wypełniać; tabele te mogą być dowodem jakości szczepionki, a zarazem świadczyć, czy do wykonania rewakcynacyi po-

trzebna jest limfa silniejsza, czy też łagodna, jak przy szczepieniach, poraz pierwszy; również może nam oznaczyć, jak długo trwa uodpornienie ustroju, uzyskane przez pierwsze szczepienie; w dotychczasowych wykazach rewakcynacyjnych z wynikiem dodatnim i ujemnym należy zaliczyć do dodatnich te, w których guzki wystąpią w miejscach szczepienia. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Fournier. **Kiła, a samobójstwo.** (*Semaine médicale* 1903, Nr. 20). Autor rozważa przypadki, w których kiła stała się pośrednio lub bezpośrednio przyczyną samobójstwa i dzieli je na kilka grup. Pierwszą stanowią przypadki zmian kiłowych układu nerwowego ośrodkowego, powodujące zaburzenia umysłowe, które z kolei mogą prowadzić do samobójstwa. Druga grupa obejmuje przypadki samobójstwa, spowodowane wystąpieniem objawów kiłowych ciężkich, lub uważanych przez chorego za takie; w tych okolicznościach autor spotkał się z samobójstwem 8 razy. W trzeciej kategoryi przyczyną targnięcia się na życie własne było wyjawienie choremu bez ogródek istoty choroby, jaką jest dotknięty. Wielu chorych na samą myśl, że są dotknięci tą osławioną chorobą, opanowuje paniczny strach, prowadzący do samobójstwa. Ztąd wskazówka dla lekarza, aby zawsze postępował z rozwagą i ostrożnością i nigdy odrazu, bez przygotowania, nie wyjawiał całej prawdy. Ostatnią wreszcie grupę przypadków stanowią te, w których kiła została nabytą na krótki czas przed lub po zawarciu małżeństwa, zwłaszcza przy przesadnych pojęciach o strasznych skutkach tej choroby. I tutaj powinien lekarz kierować się jaknajwiększą ostrożnością, zwłaszcza jeżeli ma do czynienia z osobnikiem wrażliwym i skłonnym do egzaltacyi. Wogóle autor stwierdził, że kiła stanowi częstszą przyczynę samobójstwa u mężczyzn, niż u kobiet.

Dr. T. Żeleński.

Prof. Z. Purjesz (Koloszwar). **Badania nad przenoszeniem się zimnicy przez widlisze** (*»anopheles claviger«*). (*Pest. med. chir. Presse* Nr. 48, 1902). Komary umieszczano w zaciemnionej klatce, do której wsuwali ramię chorzy na zimnicę tak, iż komary mogły się do woli nassać krwią, poczem wkładały tam ręce osoby zdrowe, w celu wystawienia ich na ukłócie i zakażenie zimnicą. We wszystkich sześciu przypadkach wystąpiła zimnica u osobników, dotychczas zdrowych. Jednorazowe ukłócie wystarczało do wywołania zimnicy. Czas wylęgania: 7 do 11-tu dni. W żadnym przypadku choroba nie rozpoczynała się natychmiast znaczną gorączką i wyraźnemi dreszczami, objawy wzmagają się raczej stopniowo, co poucza, że sporozoity wtargnąwszy do ustroju, muszą się dopiero rozmnożyć, aby choroba stała się cięższą. Trwanie wylęgania nie zależy od liczby ukłóć owadu, raczej od indywidualności zakażonych. Podczas wylęgania nie było żadnych objawów podmiotowych. Obrzęk śledziony stwierdzano niekiedy przed podwyższeniem się ciepłoty, niekiedy dopiero długi czas po pierwszem podniesieniu się ciepłoty. Kliniczny charakter zimnicy był u zakażonych zupełnie tensam, jak u chorych, z których zakażone komary wyssały krew. Zakażonych zimnicą trudno było długo spostrzegać bez leczenia, skutkiem czego nie można było rozstrzygnąć pytania, czy typ gorączki i ciężkość zakażenia zależy od liczby zakażonych komarów, czy też od rodzaju pasorzytów, które komarom udzieliły zakażenia. P. rozporządzał komarami, posiadającymi tylko postacie półksiężycowate pasorzyta zimnicy; miał jednak wrażenie, iż u tych dwóch osobników, u których zaszczepienie nastąpiło kilkakrotnie i zapomocą większej liczby komarów, przebieg gorączki i inne objawy były cięższymi. U wszystkich badanych znaleziono tylko postacie półksiężycowate; stwierdzono podczas 1—2-go podniesienia się ciepłoty tylko leukocytozę, co Schwalbe fałszywie tłómaczy, jakoby pasorzyty były następstwem, a nie przyczyną zimnicy; wytłómaczenia należy szukać w niestosunku między ogólną liczbą pasorzytów i czerwonych ciałek krwi podczas pierwszych podniesień gorączki, z powodu którego nie można było znaleźć pasorzytów. Może być, iż przyczyną niemożności wykazania pasorzytów jest to, iż ta postać pasorzyta chętnie usuwa się do wewnętrznych narządów, a później dopiero dostaje się do krwi obwodowej. Zapomocą chininy, podawanej w okresie wylęgania, nie można było zapobiedz wybuchowi zimnicy.

Baschkopf.

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Lecytyna. (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). W ostatnich latach środek ten był przedmiotem licznych badań fizyologicznych i klinicznych. Stwierdzono, że pod wpływem lecytyny zwiększa się liczba ciałek białych i czerwonych; wstrzyknięcie lecytyny do otrzewnej wywołuje miejscową leukocytozę. Lecytyna ma również zwiększać odporność tkanek, a działając bardzo korzystnie na sprawy chemiczne i przemianę materyi, sprowadza przybytek na wadze ciała. Stąd, jak to również potwierdziły liczne spostrzeżenia kliniczne, lek ten jest bardzo wskazanym w rozmaitych schorzeniach wieku starczego, dalej u ozdrowieńców i w zaburzeniach przemiany materyi. Carrière stosował lecytynę w krzywicy (w postaci tranu lecytynowego) i osiągnął w przeciągu kilku miesięcy bardzo dobre wyniki. Stosowanie lecytyny posiada wszystkie zalety leczenia fosforem, nie przedstawiając przytem niebezpieczeństw, od których fosfor nie jest zupełnie wolny. W rozpaczliwych przypadkach upadku odżywienia u dzieci lecytyna miała dać również dobre wyniki. Stosować ją należy w takim razie w postaci wstrzykiwań śródmięśniowych w ilości 1 ctm. sz. co drugi dzień. Wielu autorów stwierdziło w pierwszym i drugim okresie gruźlicy wyniki wprost znakomite. Waga ciała szybko się podnosi (0·4—1·0 klgr. tygodniowo), ciepłota opada, ustają wyczerpujące poty nocne, wracają siły i spokojny sen. Nieraz już po 24—30 śródmięśniowych wstrzykiwaniach lecytyny prątki gruźlicze znikają zupełnie. Obniżona kwasota moczu wraca do normy, a nawet nieraz staje się wyższą od prawidłowej. Claude stwierdził pomyślne działanie lecytyny na zwierzętach zapomocą bardzo ścisłych doświadczeń. Bernheim i Rollet łączą lecytynę z gwajakolem do wstrzykiwań w przypadkach gruźlicy. Do podskórnych wstrzykiwań najlepiej nadaje się roztwór lecytyny w oliwie:

Rp. Lecitini, guajacoli puri aa. 1·00, olei olivarum spiritu vini lavati et sterilisati 10·00. S. 1—2 ctm. sz. *co drugi dzień wstrzyknąć* (gruźlica).

Rp. Tablettas Lecitini quarum una contineat 0.025 Lecitini No L.

Ds. Dziennie 5—8 sztuk przed jedzeniem zażyć.

(Neurasthenia, Senilitas praecox, etc.).

Rp. Lecitini 2·00, olei jecoris aselli 500·00.

S. 2—4 łyżek dziennie przy jedzeniu.

Cena tego środka w ostatnim czasie stała się znacznie przystępniejszą. Wynosi około dwóch koron za 1 grm. *Dr. T. Ż.*

Laktoza. (*E. Merck Jahresberichte*, 1902). W połączeniu z magnezyą stanowi cukier mleczny znakomity środek przeczyszczający i moczopędny. Dodatek cukru mlecznego zwiększa rozpuszczalność magnezyi w wodzie, pokrywa jej smak niemiły i podnosi działanie czyszczące. Podawać najlepiej według formuły:

Rp. Sacchari lactis 40·00
Magnesiae ustae ponderosae 60·00

MDS. łyżeczkę — łyżkę dziennie w ½ szklance wody zażyć.

Dr. T. Ż.

V. Projekty Tadeusza Czackiego i Jędrzeja Śniadeckiego, zmierzające do założenia szkoły lekarskiej na Wołyniu.

Studyum historyczne

Dra Jana Lachsa w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Nowo powstałe ciało, w którego skład wchodzili: dyrektor, profesorowie, aptekarz, uczniowie rozmaitego rodzaju itd., a które z jednej strony podlegało uniwersytetowi wileńskiemu, a z drugiej czuwało nad innymi szkołami gubernii wołyńskiej, wymagało w celu należytej działalności instrukcyi, normującej dokładnie stosunki i zakres działania każdego czynnika. Z natury rzeczy wynika, że myśli, zrodzonej w głowie Czackiego, nie mógł nikt inny tak unormować, jak jej własny rodzic. Instrukcya, podyktowana jego własnem uczuciem, sercem i umysłem, musiała najbardziej odpowiadać wielkiemu zadaniu, jakie gimnazyum miało spełnić. W tem przeświadczeniu nie ograniczył się Czacki jedynie do spisania suchych przepisów, dążących jedynie do ustalenia pewnego porządku, lecz nadał jej jak najobszerszejsze granice, a szkole samej i osobom, w skład jej wchodzącym, dosyć wybitne znaczenie społeczne. Z tego punktu widzenia należy przyjąć instrukcyę Czackiego. Jaką zaś była jej część, odnosząca się do szkoły lekarskiej, aptekarskiej, położnych i konowałów, o tem dadzą nam najlepsze wyobrażenie niżej przytoczone najważniejsze jej przepisy.

Piąte ustanowienie.

Szkoła Cerulików, bab położnych i konowałów.

Rozdział pierwszy.

O warunkach przyjęcia ucznia . . . .

. . . .

Rozdział drugi.

O Naukach iakie im dawane będą.

§ 1. Uczyć się maią nauk w czterech klasach dawanych.

§ 2. Część lekarska wydziału drugiego ustanowi iak ci uczniowie mogą wprawiać się do swego powołania.

§ 3. W kursach uczyć się maią *a*) Jeometrii teorycznej,
b) Logiki,
c) Fizyki,
d) Chemii,
e) Historyi naturalney prócz Mineralogii.

§ 4. Te wymienione nauki są zasadą, i są pomocnemi, lecz powołaniu ich są właściwe
a) Anatomia ludzka,
b) Anatomia zwierząt i porównalna,
c) Phiziologia, } cerulicze, i porównalne co do zioł, bydląt
d) Pathologia, } i ludzi,
e) Cerulictwo sądowe i policiia cerulicza,
f) Nauka położnicza,
g) Konowalstwo w całey rozciągłości,
h) Tę część Chimicznéj Technologii, która o Aptekarskiey nauce dla bydląt rzecz czyni,
i) Historya tych wymienionych nauk.

§ 5. Doskonalić się w iednym z tych ięzyków, Łacinskim, Francuskim, lub Niemieckim, aby mógł z łatwością mówić, i pisać.

. . . .

Rodział trzeci.

O szpitalu.

§ 1. Szpital będzie pod dozorem Panien miłosiernych.

. . . .

§ 5. Wadawać się iednak (Panny miłosierne) nie mogą do leczenia.

§ 6. W tym szpitalu osobny będzie i nieco oddalony będzie oddział dla chorób gorączkuiących.

§ 7. Równie będzie oddzielny dom dla wenerycznych chorób.

§ 8. Dom szalonych będzie osobny.

§ 9. Szpital wsiami sam administrować nie może lecz
a) ogrody wielkie mieć powinien,
b) Professorowie niezważaiąc na iakiekolwiek przeszkody dostawiać powinni, podług rozkładu w kontrakcie wszelkiego rodzaiu żywność, drzewo, słomę itd.

. . . .

§ 12. W szpitalu każdego wyznania człowiek iest przyiętem.

. . . .

§ 13. W przypadku wielości chorych, do domów mogą i powinny bydz posyłane lekarstwa.

§ 14. Osobne będą dwie sale dla chorych dzieci.

§ 15. Będzie osobna sala na 12 łóżek, lub w miarę funduszu, w ktorey będą chorzy tey części, ktorey uczy Professor Kliniki, albo nadzwyczajne choroby.

. . . .

§ 18. Ktokolwiek iest w stanie zapłacenia zapłaci Szpitalowi podług taxy dzienney. Ktokolwiek iest ubogi, powinien mieć świadectwo, lub gdyby był nieznaném oświadczenie podpisze.

. . . .

Rozdział czwarty.

O różnych zbiorach w tym przedmiocie.

§ 1. *a*) Będzie Teatr anatomiczny, ludzi,
b) Porownalny zwierząt i plant,
c) Patologiczny gabinet powinien bydź jak największą troskliwością zbieraném i w tey części starać się pomału o Preparata woskowe, gdy nadzwyczayny będzie przypadek.
d) W stopniowaniu potrzeby zbiorow, patologiczny gabinet pierwsze ma mieysce.

§ 2. Potwory z tych Gubernii będą odsyłanemi do Krzemieńca. Aby onych nie mnożyć pierwey rysunek przesłanéni zostanie.

§ 3. Nim jaki nowy Instrument będzie użytém Wydział Ceruliczy na piśmie wyda swoią decyzią, i tę komunikować będzie dwom Rossyiskim bliższym Uniwersytetom, czyli w nich będącym wydziałom, aby dali o nich także zdanie.

Rozdział szósty.

O Aptekarzach.

§ 1. Apteki wszystkie są pod władzą części lekarskiej.

§ 2. Rewizya nayściśleysza, co rok odprawia się, lub częściey gdy wypada.

. . . .

§ 4. Nikt za lat ośm nie będzie aptekarzem.
g) powinien (kandydat) praktykować, w laboratorium aptékarskim.

§ 6. Aptékarz ani doktorem. ani cerulikiem nie będzie.

Rozdział siódmy.

O szkole aptekarskiéy.

§ 1. W Krzemieńcu zakłada się Szkoła Aptekarzow.

§ 2. Uczniowie są przysyłani od Aptekarzow, lub od Regimentow.

§ 3. Są pod Rządem Professora Technologii lub aptekarza mieyscowego, podług rozrządzenia Prezesa części lekarskiéy uczyć się maią·
a) Nauk w czterech klassach, ieźli ie nie odbyli.
b) Jeometrii teoryczney.
c) Fizyki.
d) Chemii czystey.
e) Chemii aplikowaney, do Aptekarstwa.
f) Botaniki.

. . . .

§ 5. W Laboratorium chymiczném i aptekarskim zawsze będą.

§ 6. Ci co klassy skończyli, uczyć się będą lat pięć.

. . . .

§ 8. W ostatnim roku zostawania w aptece, będzie aptekarz wykładał ustawy wypadłe dla aptekarzów, będzie pokazywał ceny materiałów, zkąd przychodzą, i iak ie taniéy dostać można, jak iedne drugie zastępuią. Poruczać ma nayściśleyszą dokładność, w wykonywaniu recept, aby przez omyłkę, zdrowie ludzkie lub zwierzęce nie poniosło szkody.

Rozdział siódmy[36]).

O babach położniczych.

§ 1. Z każdego Imperatorskiego Miasta będzie posłanych dwie bab położnych.

§ 2. Każdy właściciel iest wezwaném. w imie ludzkości, aby posyłał kobiety do uczenia się tey ważney nauki.

§ 3. Te kobiety powinny mieć świadectwo, o dobrém postępowaniu, i rozsądku.

§ 4. Nigdy lekarskiey nauki, uczyć się nie mogą Wprawianemi będą mechanicznie do tey ważney usługi, i ta część anatomii wyłożoną im będzie. Uczonemi bydź maią iak się obeyśdź z dziećmi, pozornie umarłemi. Dana Im zostanie Instrukcia, jak sobie z bliskiemi połogu, i w czasie tey choroby, i po niey postępować. Przekonywać ie należy, że lekarskie powołanie oddzielne od wielce użytecznego obowiązku, który wykonywaią.

§ 5. Przez trzy miesiące co rok, przez dwa lata uczy się baba położnicza.

§ 6. Wyuczona idzie na doświadczenie, pod dozór starszey baby Powiatowey, i ieźli ma świadectwo dostanie patent, ieźli nie ma ieszcze raz przyieżdża i uczy się.

. . . .

Rozdział ósmy.

O Konowałach.

§ 2. Obowiązki uczenia się konowalstwa są przyłączone do Cerulikow i Dyrektorow Paraffialnych.

. . . .

[36]) Tu zaszła pomyłka w liczbowaniu. gdyż Rozdział ten jest ósmym z rzędu.

§ 4. Jedni będą teoryczno-praktyczni, a drudzy praktyczni.

§ 5. Teoryczno-praktyczni uczą się lub umieią

a) Po polsku, i po rusku,

b) Po niemiecku,

c) Arytmetyki czterech klass,

d) Fizykę czyli chemią,

e) Technologią applikowaną do przedmiotow Jego powołania. Botanikę,

f) Konowalstwo sądowe i policiine.
Anatomią porównalną, a szczególniey zwierzęcą.

g) Teorii utrzymania stad i onych udoskonalenia.
Ustawnie w szpitalu zwierzęcym będą.

§ 6. Praktyczni Konowałowie umieć powinni, czytać, rachować. Uczyć się maią

a) Anatomii zwierzęcey,

b) Kucia koni,

c) Technologii chimiczney, części właściwej swemu powołaniu,

d) Części potrzebnej botaniki.

e) Ustawnie w szpitalu zwierzęcym będą.

§ 7. Umieiący po Polsku, Rossyisku i Niemiecku, sposobiący się Teoryczno-praktyczni ucznie będą uczyć się lat cztery.

§ 8. Praktyczni lat trzy.

§ 9. Przed wyzwoleniem posłanemi bydź powinni do praktykowania rok ieden przy stadzie bydła, koni i owiec. Ten rok iest doświadczenia. O Jego pracy zdatności, i postępowaniu przysłane będą świadectwa.

§ 10. W praktyce koło stad nauczyć się powinni stosunku teorii do tey części doświadczenia.

§ 11. Dla bydlęcego szpitala co trzy lata oznacza się taxa dzienna od każdego bydlęcia, które jest przyprowadzone do leczenia.

. . . .

Rozdział dziesiąty.

O nadgrodach i karach.

§ 1. Co sześć lat uważa Władza.

a) Zmniejszaną wielość umieraiących iedney słabości w szpitalu Krzemienieckim i w innych podległych.

b) Szczególniey zmnieyszaną liczbę dzieci chorych.

c) Czy i z iakiey przyczyny przestały lub umnieyszyły się choroby ludzkie.

d) Czy były zarazy bydląt, iak im zapobieżono.

e) Wiele Cerulików, bab położniczych, konowałów i aptekarzów wyszło z szkoły.

f) Wielu dzieciom ocalaiącą ospę zaszczepiono.

h) Jak daleko popularna medycyna zgłębioną i sprostowaną została.

§ 5. Posłany lekarz, lub cerulik, we wszystkich zaraźliwych chorobach, gdy umnieyszy nieszczęście, w miarę poświęcenia siebie dobru powszechnemu, niebezpieczeństw, którym podlegał, wielkości usługi, którą okazał, będzie miał nadgrodę. Władza Edukaciina żądać ma od przyzwoitey władzy, aby umarłego lekarza, lub cerulika, w czasie zaraźliwey choroby, dzieci lub wdowa miały względy.

§ 6. Doktor u partykularnego bawiący, jeźli

a) nad liczbę oznaczoną szczepi ocalaiącą ospę, podwoyney liczbie dzieci przez cztery lata i przysyła urzędowne protokoły,

b) jeźli na pierwsze uwiadomienie o zaraźliwey chorobie, poiechał, i potrzebne zrobił urządzenia,

c) jeźli ubogich leczy bez nadgrody i z pilnością,

d) jeźli popularną medycynę zgłębiał, i sprostował, i choroby kraiowe doskonale opisał, i onych zabieżenia dobre dał środki.

Taki przed skończeniem każdego dwóchrocza przedstawionym zostanie, do otrzymania medalu, rangi, lub przypuszczenia do Towarzystwa Gymnaziowego. Wszelka usługa sądzoną przez część lekarską zostanie.

. . . .

§ 8. Dla bab położniczych, w każdey Gubernii, dwie postanowi się nadgrody. Ta odbierze pierwszą nadgrodę, która więcey dzieci pozornie umarłych ocaliła, drugą, która więcey dzieci ubogich ludzi odebrała.

§ 9. Naylepszy ieden aptekarz co dwa lata może być do rangi otrzymania przedstawiony, a co sześć ci wszyscy

a) którzy w naylepszém stanie utrzymywali apteki,

b) w których naymnieyszego wypadku nie było.

. . . .

Będzie zaletą, gdy studentom ubogim i innym nędznym darmo dawali lekarstwa.

Kary.

. . . .

§ 10. Lekarz lub cerulik

a) nie idący w czasie gwałtowney potrzeby do chorego, nie mając ważney przyczyny do zostania w domu,

b) targuiący się, z chorym lub iego domownikami za wyleczenie,

c) nie szczepiący ospę, gdy są dzieci i materia iest przysłana

Po ostrzeżeniu sądzony, i w miarę winy, zawieszony, i za niesposobnego sprawować obowiązkow swoich nie może.

§ 11. Doktor maiący aptekę lub w niey część,

a) konfiskatą apteki,

b) zawieszeniem na lat dwa karanem będzie.

§ 12. Aptekarz, z którego winy lekarstwo iedne za drugie dane zostało podlega karze niemożności otrzymania rangi przez lat dwa: lecz gdyby ten błąd zdrowiu ludzkiemu zaszkodził, do sądu kryminalnego odesłaném zostanie, i na zawsze traci prawo otrzymania apteki.

§ 13. Aptekarz biorący nad taksę, dwa razy zapłaci, a trzecim razem przekonany, trzymać apteki nie będzie [37])».

Rozglądając się w tej instrukcyi, trudno powiedzieć, co podziwiać tu należy, czy roztropność i rozwagę Czackiego, która mu umożliwiła prędkie zrozumienie i uchwycenie rzeczy, czy też oględność i praktyczność jej przepisów, które normowały stosunki czynników podwładnych nietylko w czasie ich urzędowania w szkole, ale i poza nią. Mamy tu na myśli etykę lekarską, którą, jak się z przytoczonych przepisów pokazuje, wysoko cenił, oraz społeczne znaczenie, jakie przypisał lekarzowi, aptekarzowi itd. Samo jednak wysokie pojęcie o powadze stanu lekarskiego nie wystarczało mu. Dla zupełnego przeprowadzenia swego planu i zmuszenia do przestrzegania go, ustanowił surowe kary na przekraczających przepisy, a nagrody dla poddających się im.

Tak więc był wprawdzie zarządzony porządek domowy, lecz samego domu jeszcze nie było. Do dźwignięcia go nie miało wogóle przyjść. Nie zależne jedynie i wyłącznie od samego Czackiego sprawy, złączone z jego planem, zaczęły się przeciągać w nieskończoność. (Dokończ. nastąpi).

Prof. RUDOLF TRZEBICKY.

Chirurgia polska raz po razie dotkliwe ponosi ciosy. Jeszcze nie zwarły się szczerby, jakie zadał ostatni dziesiątek lat, gdy oto znów majestat śmierci pogrążył w sen wiekuisty jednego z tych, którzy talentem swym, wiedzą i wydatną pracą służyli wytrwale i chwalebnie sprawie nauki ojczystej. W pełni wieku męskiego rozstał się z tym światem pracownik nieutrudzony, w którego duszy gorzała szlachetna bezsprzecznie ambicya działania na coraz to szerszej i celniejszej arenie, a który na każdem polu swej działalności rozwijał podziwu godną energię i moc ducha.

Ś. p. Rudolf Antoni Trzebicky urodził się w roku 1859 w Koloszwarze, gdzie ojciec chwilowo bawił z pułkiem, jako lekarz wojskowy; nauki gimnazyalne odbył w Krakowie i tu złożył egzamin dojrzałości w roku 1877, poczem uczęszczał na Wydział lekarski Wszechnicy Jagiellońskiej, który ukończył w roku 1882. Za nadzwyczajną gorliwość w naukach, zarówno w calem studyum gimnazyalnem, jakoteż przy wszystkich egzaminach uniwersyteckich, odznaczany szczególnie, przedstawiony został przez Wydział lekarski do promocyi na doktora wszech nauk lekarskich *sub*

[37]) Kod. nr. 3773 arch. XX. Czartoryskich: Czackiego Tadeusza ważne autografy do Epoki (1775—1815), nazwanej Czackiego epoką.

auspiciis Imperatoris, który to akt uroczysty i niezwykły w murach uniwersyteckich odbył się dnia 12 maja 1883 r. Z tak chlubnym zadatkiem, wróżącym wiele o przyszłości, wstąpił jako asystent do kliniki chirurgicznej krakowskiej, właśnie co tylko objętej przez Mikulicza. Obowiązki asystenta klinicznego pełnił aż do kwietnia 1887 r., t. j. do chwili opuszczenia katedry chirurgii przez Mikulicza i wtedy objął zastępczo kierownictwo kliniki chirurgicznej aż do końca półrocza letniego roku 1887, habilitując się równocześnie na docenta chirurgii.

Nie bez żalu po ukończeniu pięciolecia ustawą dozwolonego ustąpił ś. p. Trzebicky z murów klinicznych i oddał się praktyce prywatnej chirurgicznej, w której, dzięki zdobytej wiedzy i opromienionemu już chwałą kliniczną imieniu, pozyskał rychło wielką wziętość i niezwykłe powodzenie. Pomimo rozległej i wyczerpującej mu czas cały czynności operatorskiej, tęsknił jednak zawsze do pracy ścisłej, klinicznej; to też gdy zreformowany przez nowego kierownika Szpital Braci Miłosierdzia w Krakowie, otworzył w roku 1891 odrębny oddział chirurgiczny, skwapliwie przyjął w nim obowiązki chirurga-operatora i przez szereg lat chlubnie znaczył tam swoją działalność.

W r. 1895 otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego chirurgii; w grudniu r. 1897 objął prymaryat oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza, zamianowany wkrótce potem w roku 1898 nadzwyczajnym profesorem chirurgii.

Na tym ostatnim posterunku, który dawał pole do wytężonej, lecz zarazem płodnej w doświadczenie pracy, skupił najlepsze siły swoje ś. p. Trzebicky, przodując wzorową gorliwością i niesłabnącą ani na chwilę, a nawet w czasach niedomogi swego zdrowia, czujną strażą około dobra powierzonych mu chorych. Przykładem własnej wytrwałości zadziwiał i zagrzewał równocześnie licznych swych współpracowników w szpitalu, których tu wabił zarówno uznanej sławy operator, jakoteż wyborny nauczyciel i kierownik. Śród pełnej działalności, która obiecywała jeszcze na długo bujne owoce dla nauki i sztuki chirurgicznej, po kilkotygodniowej chorobie zmarł dnia 22 lipca, osierocając wdowę i dwóch małoletnich synów.

W chirurgicznej działalności i pracach naukowych śp. Trzebickyego przebija wyraźnie kierunek i piętno, jakie wywarł na Nim pięcioletni pobyt w klinice chirurgicznej u boku Mikulicza. Były to czasy, gdy po latach martwej ciszy nowa nastała era dla kliniki chirurgicznej w Krakowie. W nizkiej i mrocznej sali operacyjnej starej kliniki, mieszczącej równocześnie audytoryum dla stu z górą słuchaczy, a pozbawionej najniezbędniejszych dzisiaj dogodności i urządzeń pomocniczych, naraz ruchliwe zapanowało życie i wartką falą wpłynął tu prąd najnowszych zdobyczy w chirurgii. W warunkach nader utrudnionych, znanych już dzisiaj jedynie z opowieści młodszemu pokoleniu lekarzy, przebiegały najśmielsze i najcięższe operacye, najlepszym wieńczone skutkiem, rodziły się piękne pomysły dróg nowych i sposobów operacyjnych, a obok, w pracowni klinicznej, poświęconej badaniom i zabiegom doświadczalnym, wrzał nieustanny i żywy ruch. To też w takiem środowisku utalentowanemu i pełnemu gorliwości asystentowi nie zabrakło wzorów niedorównanej techniki operacyjnej, bystrości spostrzegawczej i ducha pomysłowości twórczej, z których czerpał obficie na drogę późniejszej swej działalności samoistnej.

Zasadniczym podstawom swej szkoły pozostał też śp. Trzebicky wierny aż do końca, a wyniesionych z niej dogmatów antyseptyki bronił wytrwale przed wszechwładztwem bezwzględnej aseptyki, której nie pomijał jednak o tyle, o ile pozwalały na to warunki, śród których działał i nauczał.

Śród rozległych i znojnych zajęć praktyki chirurgicznej nie zaprzestał ś. p. Trzebicky działalności naukowo-literackiej, wszczętej już wcześnie za czasów asystentury klinicznej. Szereg cennych niżej podanych prac i rozpraw, rozwiązujących na podstawie starannych poszukiwań anatomicznych i badań doświadczalnych rozliczne zagadnienia chirurgii, pozyskał ogólne uznanie i znalazł należne miejsce w nauce. Jako referent stały dla prac chirurgicznych polskich w *Centralbl. für Chirurgie, Jahresberichte über die Leistungen und Fortschritte der gesam. Medic.* i w *Hildebrands: Jahresbericht über die Fortschritte der Chirurgie* zapoznawał obcych z naszym dobytkiem naukowym; za to i osobna i nie mała należy się Mu wdzięczność. W ostatnich latach zaproszony do współudziału, opracował w zbiorowem dziele Draschego *Bibliothek der gesam. medic. Wissenschaften* liczny szereg artykułów z dziedziny chirurgicznej.

Razem z objęciem oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza przypadło ś. p. Trzebickiemu dalsze jeszcze zadanie kształcenia licznie napływających tu po uzyskaniu dyplomu doktorskiego lekarzy, celem uzupełnienia swych praktycznych wiadomości w dziedzinie chirurgii. Życzliwe nader przyjęcie, jakiem darzył wstępujących na oddział, zawsze chętna gotowość do pouczenia i wskazówek, szczodrość i ofiarność, jakich nie skąpił w przydzielaniu im materyału operacyjnego, sprawiły, że coraz większy poczet już nietylko młodych wyzwoleńców wszechnicy, ale starszych praktyków z prowincyi i lekarzy wojskowych garnął się do szpitala, aby pod kierunkiem ś. p. Trzebickyego doskonalić się w sztuce operowania. W dobrej szkole wdrożona Mu śmiała technika operacyjna, spokój nie dający się zaburzyć nasuwającemi się przeszkodami i trudnościami zabiegu, pewność, dokładność i czujna nad chorym piecza stanowiły podstawę Jego powodzenia, budziły w współpracownikach podziw i uznanie i zapewniały coraz szerszą działalność chirurgiczną. Serdeczny stosunek, jaki łączył ś. p. Trzebickyego z drużyną Jego asystentów i towarzyszy w pracy, zawdzięczał niewątpliwie wrodzonej dobroci, uprzejmości i stanowisku, które wobec nich zajął. Nie zwierzchnikiem surowym i sztywnym, lecz przyjacielem i doradcą stawał się dla nich, wyrozumiały i cierpliwy na błędy początkujących, troszczący się o los ich i przyszłość. Dumnym czuł się też z tego, że w krótkim stosunkowo okresie czasu zdołał wykształcić znaczną liczbę dzielnych chirurgów i lekarzy, rozproszonych po całym kraju i działających skutecznie w szpitalach galicyjskich.

Szereg prac i artykułów, jaki w ciągu pięcioletniej działalności ś. p. Trzebickyego pojawił się w druku, już to ręką Jego skreślonych, już to dokonanych przez uczniów pod Jego kierunkiem, urządzenie przy oddziale chirurgicznym stałej pracowni histologiczno-chemicznej świadczą wymownie o poważnym i naukowym nastroju, jaki panował w oddziale, przez Niego prowadzonym.

W wykładach uniwersyteckich, które od chwili habilitacyi swej nieprzerwanie i gorliwie głosił, poruszał kolejno rozmaite działy chirurgii, a umiał podać je w formie tak przystępnej i jasnej, że gromadził około siebie zawsze pokaźną liczbę słuchaczy, sławiących Jego talent nauczycielski i jędrne bez gubienia się w szczegółach przedstawianie rzeczy. Tem samem uznaniem cieszyły się liczne odczyty i demonstracye ś. p. Trzebickyego w Towarzystwie lekarskiem krak., w którem prócz godności wiceprezesa, przewodniczył przez długie lata w Komisyi sprawozdawczej dla „Roczników Virchowa-Hirscha“ i do ostatnich chwil wchodził w skład członków Redakcyi „Przeglądu lekarskiego“.

Wybitny uczestnik Zjazdów chirurgów polskich, poczętych przed 13 laty z inicyatywy i gorliwych zabiegów Rydygiera, w roku bieżącym po raz pierwszy uchylił się od udziału, a wiadomość Jego ciężkiej już natenczas niemocy napełniła szczerym żalem i smutkiem licznie zebranych przyjaciół i czcicieli Jego, którzy ceniąc w Nim zasługi, położone na polu nauki i sztuki chirurgicznej, świadomi byli również trudów i zachodów, jakich nie szczędził około wywalczenia lepszej doli materyalnej zagrożonemu w swym bycie ogółowi lekarzy. W wędrówkach swych, jako dzielny

i szczęśliwy operator w odległe punkta całego kraju, poznał ś. p. Trzebicky dobrze troski i niedole zawodu lekarskiego, nie zabezpieczającego częstokroć koniecznych potrzeb życia, to też na pierwsze hasło do stworzenia Towarzystwa samopomocy lekarzy, stanął w szeregu najczynniejszych organizatorów, składając następnie miejsce naczelne w ręce możniejsze dla zapewnienia losu i dalszego rozkwitu tej instytucyi.

Niezwykłe zaufanie i sympatya świata lekarskiego darzyła ś. p. Trzebickyego po trzykroć mandatem do zarządu Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej i powierzyła Mu po ostatnich wyborach godność przewodniczącego w łonie wydziału. Jak wszędzie, gdzie tylko miał sposobność działać, jął się także na tem stanowisku żywej i ruchliwej pracy, rokującej owocne skutki na przyszłość, których niestety nie było Mu danem oglądać.

Chętnie i z zapałem współdziałał również jako członek Wydziału, zabiegając skrzętnie około rozwoju tak humanitarnego Towarz. ratunkowego ochotniczego i jako Radca miejski, wybrany w ostatniej kadencyi do Rady m. Krakowa, gdzie zaciągnął się w szeregi Komisyi zdrowotnej i szkolnej i wybitne tamże zajął stanowisko.

Pasmo pożytecznego życia, pełnego ciągłej pracy i zawsze świeżej energii, przecięła nagle prawie śmierć, kładąc kres niepospolitej działalności cenionego nauczyciela, wsławionego lekarza i nieustraszonego bojownika w obronie słusznych życzeń i praw stanu lekarskiego. Olbrzymi niekończący się pochód, ciągnący ze czcią i szczerym smutkiem za trumną zmarłego, kwiaty i wieńce, zdobiące dziś jeszcze kaplicę grobową, świadczą wymownie o żałobie, która okryła przez zgon ś. p. Trzebickyego uniwersytet, miasto, stan lekarski i te nieprzeliczone tłumy, pomne Jego zasług i dobroczynnej działalności. Z blizka i z dala pospieszyli uczniowie, koledzy i przyjaciele, oraz wdzięczna rzesza pacyentów, aby przy marach Jego złożyć raz jeszcze objawy czci, miłości i ostatnią wyrazić podziękę.

Za wcześnie dla nauki, której bogatą wiedzą i doświadczeniem przysporzyć był zdolen niejedną jeszcze zdobycz, za wcześnie dla najbliższych swych i przyjaciół, których wiernością i bezgraniczną zniewalał ofiarnością, z dotkliwą szkodą dla cierpiącej ludzkości, której służył wytrwale z całem poświęceniem i tkliwością, przedwcześnie zamknięty nad Nim grób, stłumił wszystkie żywych nadzieje i otulił zmarłego w mroki nieprzejrzane, zanim mógł ziścić marzenia swych młodzieńczych snów.

Lecz choć szczupłą odmierzył Mu los miarkę żywota, ślad dni ziemskich ś. p. Trzebickyego nie zaginie w dziejach nauki i trwać będzie w pamięci potomnych na znak, że *non omnis mortuus est.* *Doc. Dr. Bossowski.*

Spis prac ś. p. Prof. Dra Trzebicky'ego.

1) Pierwotny rak cewki moczowej. (Przegl. lek. 1884).
2) Przyczynek do lokalizacyi skórzaków. (Przegl. lek. 1884).
3) Sprawozdanie z XIII Zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie. (Przegl. lek. 1884).
4. *a*) Przyczynek do nowotworów szczęki. (Przegl. lekar. 1885).
b) Toż samo po niemiecku. (Zeitschrift f. Heilk. Bd VI. 1885).
5) Złamanie szyjki kości udowej przy odprowadzaniu zwichnięcia w stawie biodrowym. (Przegl. lek. 1885).
6) Beiträge zu den Operationen an der Harnblase. (Wien. med. Presse 1885).
7) Przypadek przepukliny pachwinowo-podotrzewnowej. (Przegląd lekar. 1886).
8) Przyczynek do laparotomii w gruźliczem zapaleniu otrzewnej. (Przegl. lekar. 1887)
9) O operacyjnem leczeniu ostrego zapalenia otrzewnej. (Pam. Tow. Lek. Warsz. 1887).
10) O obecnym stanie chirurgii żołądka. (Przegl. lekar. 1887).
11) O gastroenterostomii. (Medycyna 1887).
12 *a*) Przyczynek do wycięcia jelita w przypadkach przepuklin uległych zgorzeli. (Gaz. lekar. 1887).
b) To samo po niemiecku. (Wien. med Wochenschrift 1890).
13) Dodatkowy przyczynek do wycięcia jelita w przypadkach przepuklin uległych zgorzeli. (Gaz. lek. 1887).
14) Jednostronny krwiak macicy i trąbki, wyleczony przez laparotomię. (Przegl. lekar. 1887).
15. *a*) O operacyjnem leczeniu hemoroid. (Przegl. lekar. 1889).
b) To samo po niemiecku. (Wien. mediz. Presse 1891).
16) W sprawie przepuklin ściennych. (Przegl. lekar. 1889).
17) Przypadek zatrucia kokainą. (Przegl. lekar. 1891),
18. *a*) O możliwości skaleczenia tętnicy nadbrzusznej dolnej przy paracentezie jamy brzusznej (Przegl lekar. 1889).
b) To samo po niemiecku (Arch. f. klin. Chir. T. 41).
19. *a*) O doszczętnej operacyi przepuklin pachwinowych. (Gaz. lek. 1899)
b) To samo po niemiecku. (Wien. med Wochenschrift 1899).
20. *a*) Ile można odciąć z długości jelita?
b) To samo po niemiecku.
21. *a*) Przypadek gastroenterostomii sposobem Podresa. (Gaz. lekar. 1899).
b) To samo po niemiecku. (Centralbl. f. Chir).
22) O zastósowaniu jodku skrobi w chirurgii. (Przegl. lek. 1895).
23. *a*) Zabiegi chirurgiczne w chorobach żołądka (w dziele prof. Jaworskiego pod tytułem »Podręcznik chorób żołądka 1898).
b) To samo po niemiecku. (Heilkunde).
24. *a*) O znieczuleniu miejscowem sposobem Schleicha. (Pam. dla prof. Korczyńskiego 1899).
b) To samo po niemiecku. (Wien. medic. Wochenschr. 1899).
25 *a*) Sprawozdanie oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie za r. 1898
b) To samo po niemiecku. (Kraków 1898).
26. *a*) Przyczynek do kazuistyki rzadszych umiejscowień torbieli skórzastych. (Medycyna).
b) To samo po niemiecku. (Wien. medic. Wochschrf.).
27) Sammelbericht aus der polnischen chirurg. Literatur f. d. Jahr 1894 u. 1895. (Heilkunde).
28) Zur Therapie der senilen u diabetischen Gangrän der Extremitäten. (Heilkunde).
29) Przypadek wielkiej ilości włókniaków powierzchownych. (Przegląd lekarski 1901).
30) Fremdkörper in der Blase von Männern. (Centralblatt f. Chir. 1899).
31) Cztery kamyki miedniczki nerkowej. (Przegl. lekar. 1901).
32) Przypadek nawrotu mięsaka na pięcie. (Przegl. lekar. 1901).
33) Zur Kazuistik der Trachealkanulenbrüche. (Wien. med. Wochenschrift 1902).
34. *a*) W sprawie wydobywania ciał obcych z przełyku zapomocą koszyka Gräfego. (Przegl. lekar 1902).
b) To samo po niemiecku. (Wien. med. Wochschrf. 1902).
35) O amputacyi w przypadkach ropienia na kończynach. (Przegląd lekar. 1902).
36) O znieczulaniu sposobem Biera. (Przegl. lekar. 1901).
37) O leczeniu gruczolaków zołzowych na szyi (Medycyna 1902).
38. *a*) Przyczynki do wypiłowania ścian klatki piersiowej z powodu nowotworów. (Przegl. lekar. 1902).
b) To samo po niemiecku. (Archiv Langenb. 1902).
39) Die chirurg Abtheil. des St. Lazarus-Spitales zu Krakau — (J. d. Zeit. vom 1 Oktob. bis Ende Septemb. 1902).
40) W dziele Draschego «Bibliot. der ges. mediz. Wiss.« artykuły Coxitis, Gangrän, Patellarfraktur, Patellarluxation, Schenkelhalsbruch, Schenkelbruch, Unterschenkelbruch.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 6 sierpnia.

* Na wezwanie grona lekarzy zamiejscowych, którzy przybyli w m. lipcu do Krakowa w celu wzięcia udziału w kursach wakacyjnych, zarządzanych od 2 lat dla lekarzy przez Wydział lekarski U. J., odbyło się parę zgromadzeń wspólnie z profesorami, mających na celu wydoskonalenie instytucyi kursów. Na porządku dziennym tych posiedzeń było 8 wniosków Dr. Wernica. Po wyczerpującej dyskusyi, kierowanej przez przewodniczącego zgromadzenia, Prof. H. Jordana, ostatecznie uchwalono: 1) Nie tworzyć osobnego towarzystwa, lecz pozostawić Komitet obecny z przybraniem profesorów: Ciechanowskiego, Raczyńskiego i Doc. Krzyształowicza. 2) Zwoływać na początku i na końcu kursów zebranie słuchaczów dla omówienia spraw kursowych i protokołowania uwag, wypowiedzianych na posiedzeniu ostatniem.

O ile nam wiadomo, zgromadzenie pragnęło zaznaczyć, że uznaje organizacyę kursów dla lekarzy za instytucyę wielkiej wagi, konieczną dla polskiego stanu lekarskiego i polskiej nauki lekarskiej; że pragnie widzieć tę instytucyę ustaloną i posiadającą wszelkie podstawy trwałości. Drogą do tego celu byłaby z jednej strony organizacya, ułatwiająca przybywającym na kursa pobyt i szerokie korzystanie z wykładów, — z drugiej — rozszerzenie programu kursów; takie rozłożenie wykładów, ażeby z sobą nie kolidowały; usunięcie zastępstw przez wykładających i niektóre jeszcze pomniejsze życzenia. Porozumienie było łatwe, gdyż życzenia kolegów przybyłych na kursa zupełnie są zgodne

z zamiarami i pojęciami wykładającego grona profesorów krakowskich.

* Dr. Leonard Bier mianowany został inspektorem w krakowskim Zakładzie badania środków spożywczych.

* Tytuł nadzwyczajnego profesora lwowskiego uniwersytetu otrzymali docenci: Dr. Grzegorz Ziembicki i Dr. Hilary Schramm.

* Wydział krajowy mianował Dr. Stan. Kruszyńskiego, sekundaryusza w zakładzie kulparkowskim, prymaryuszem tego zakładu.

* Posiedzenie pełnej Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbędzie się d. 11 sierpnia.

* Prezydent ministrów, jako minister spraw wewnętrznych, powołał do Najwyższej Rady sanitarnej w Austryi na nowe trzechlecie dotychczasowych członków zwyczajnych i nadzwyczajnych.

* W sprawie rozszerzenia dyscyplinarnego prawa Izb lekarskich zamierza Izba bukowińska zasięgnąć zdania wszystkich członków, należących do jej okręgu i doradza innym Izbom, ażeby weszli na tę drogę.

* Lekarz powiatowy w Jaworowie. Dr. Karol Gołębiowski, przeniesiony został do Stanisławowa.

* Ze względu na wzmożenie się między dziećmi szkolnemi na Bukowinie przypadków wola, karłactwa, matołectwa i obrzęku śluzakowego, zarządziło namiestnictwo bukowińskie, ażeby lekarze gminni notowali podczas szczepienia ospy wszystkie dzieci, ulegające tym zboczeniom, a to w celu osiągnięcia dokładnego materyału statystycznego.

* Na zaproszenie wiedeńskiego Wydziału lekarskiego, wystosowane do profesora wrocławskiego Dr. Neissera, ażeby objął katedrę po prof. Neumannie, nadeszła odpowiedź odmowna.

(—) Do Towarzystwa samopomocy lekarzy przystąpili od dnia 26 lipca do 1 sierpnia następujący nowi członkowie: Kol. Bukowski (Rzeszów), Choróbski (Podhajce), Godłowski (Mielec), Hyżycki (Przemyślany), Soniewicki (Borszczów), Taub (Strzyżów).

Dr. Langie, I sekretarz.

* Między 22 a 28 lipca b. r. doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bocheńskim (1 gm.), bohorodczańskim (1 gm.) buczackim (1 gm.), horodeńskim (1 g.), jaworowskim (1 g.), mościskim (1 g.), niskim (1 g.), podhajeckim (1 g), przeworskim (1 g.), żywieckim (1 g.), stryjskim (1 g.), tłumackim (1 g.), zaleszczyckim (2 gm.)

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXVIII (12—18—VII). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 12, urodziło się dzieci 70, umarło osób 55, mianowicie: z gruźlicy 7 (3 zam.), z zapalenia płuc 4 z błonicy 1 (zam.), z krztuśca 1, z płonicy 1, z duru brzusznego 1, z cholery niemowląt 8 (2 zam.), z cholery swojskiej 1, z gorączki połogowej 1.

Mianowania i odznaczenia. Tytuł profesorski otrzymali docenci: Uhlenhut (higiena) w Gryfii; Vahlen (farmakologia) w Halli; Borst (patologiczna anatomia) w Würzburgu; Stubenrauch (chirurgia), Lange (ortopedya) i Dürck (patologiczna anatomia), wszyscy trzej w Monachium; Umber (klinika lekarska) w Berlinie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Franciszek Kuczyński, l. 51, w Dalnim. Dr. Bolesław Bujalski l. 89, w Radomiu.

Bibliografia:

— *Przegląd chirurgiczny* (T. V. Z. II). Karwacki: Badanie krwi z punktu widzenia dyagnostyki chirurgicznej. Szuman: Kilka uwag o rozgraniczeniu wskazań do cholecystostomii i do wycięcia pęcherzyka żółciowego. Krajewski: Epityphlitis. Uwagi nad przebiegiem i leczeniem (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 30. Ciechomski: Usunięcie wielkiej torbieli jajnika u kobiety, będącej w podeszłym wieku. Władysław Sterling: O ośrodkach korowych mięśni ocznych (c. d.). Wacław Sterling: Syfilis nerek (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 30. Simon: »Elektromagnetyzm jako czynnik leczniczy«. Klein: O rozpoznawaniu białaczki (c. d.)

— *Głos lekarzy* N. 3. Zawiera: Partykularyzm. — Jak nas przyjęto? — Krajowa, czy państwowa organizacya lekarzy? — W ważnej sprawie! — W sprawie strejków lekarskich. Odwrotna strona medalu. — Kasa pogrzebowa — Kasa chorych lekarzy. — Wiec medyków we Lwowie. Rewizya projektu nowej ustawy dla lekarzy. — Odcinek. — Korezpondencye. Kronika.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 30. Elgart: Nová methoda napraveni zadních luxací kloubu kyčelního. Kuthan: O účinku a léčebných výsledcích vody (dok.). Chalupecký: Paprsky Becquerelovy a účinek jich na organismus (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 58. Brissaud i Brécy: Uwagi nad tworzeniem się osadów kw. moczowego, w szczególności w nerce chorych na dnę. Meunier: Dyagnostyka chemiczna nadmiernej kwasoty, wykazanej drogą badania rozpuszczalnych substancyi skrobiowatych Nr. 59. Mitulesco: Wahania spółczynnika odżywczego komórek. Roger: Splenektomia w chorobie Bantiego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 30. Stern: Wartość aglutynacyi dla rozpoznania duru brzusznego. Halpern: Przyczynek do sprawy albumosuryi doświadczalnej. Müller: Prosta metoda do rozróżnienia między organicznemi a psychicznemi zaburzeniami czucia i ruchu w palcach. Berger: Doświadczalne studyum nad patogenezą ostrej psychozy. Beard: Zarodniaki (embryomata) i inne guzy.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 30. Leube: Białko mocz w niedomykalności zastawek aorty. Rolly: Przyczynek do nauki o porażeniu Landryego. Schridde: Przypadek samoistnego wyzdrowienia wgłobienia jelita biodrowego po wydaleniu części wgłobionej, oraz przyczynek do powstawania i rozwoju wgłobienia. Rosenbach: Przewaga widzenia jednoocznego przy patrzeniu dwuocznem. Groedel II: Nowy rodzaj kąpieli w Nauheim. Schanz: Nowy pomysł operacyjny dla leczenia zastarzałego złamania rzepki. Graeser: Adrenalina w leczeniu krwotoku kiszkowego w przebiegu duru. Thienger-Teocyna jako lek moczopędny. Frankenburger: Lecznicza skuteczność mezotanu. Franke: Objawy zatrucia po aspirynie. Nebelthau.: Przyczynek do teoryi powstawania gruźlicy z jelit (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 31. Basch: O wyłuszczeniu grasicy. Pflanz: Etyologia choroby morskiej. Pelzl: Diazoreakcya Ehrlicha jako pomocniczy różniczkowy środek rozpoznawczy. Holub: Leczenie tężca antytoksyną.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 31. Nagel: Przyczynek do leczenia choroby wywołanej tęgoryjcem dwunastnicy. Salomon: W sprawie rozpoznawania raka żołądka. Mideldorpf: O zakrzepach i zatorach w ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego, zwłaszcza o jednym przypadku zatoru prawej tętnicy udowej z następową zgorzelą kończyny. Scagliosi: Przyczynek do patologii oparzeń skóry. Alexander: Pole odgłosowe Kröniga w gruźlicy szczytów płucnych, oraz odgłos wypukowy stosu pacierzowego,

Redakcya otrzymała. J. Landau: Enuresis nocturna.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 65988. **Ogłoszenie konkursu.**

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem ogłasza niniejszem konkurs na obsadzenie posady prymaryusza oddziału chirurgicznego przy szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Pobory na tej posadzie są następujące: płaca 2400 Koron rocznie i prawo do trzech dodatków pięcioletnich po 400 Koron.

Ubiegający się o tę posadę doktorowie medycyny winni wykazać:

1) że są obywatelami państwa austryackiego,
2) że nie przekroczyli 40 roku życia,
3) że posiadają znajomość języków krajowych,
4) że są specyalistami w chirurgii.

W tym celu mają kandydaci przedłożyć też swoje prace naukowe.

Termin konkursu oznacza sie na dzień 31 Sierpnia b. r.

Podania należycie udokumentowane należy wnieść do Dyrekcyi szpitala św. Łazarza w Krakowie.

We Lwowie dnia 24 lipca 1903.

Konkurs.

Komisya klimatyczna w **Zakopanem** rozpisuje konkurs na posadę prowizorycznego lekarza stacyi klimatycznej.

Kandydaci winni posiadać następujące warunki:

1) Dostateczną fizyczną zdolność,
2) Prawo obywatelstwa austryackiego,
3) Nieskazitelny charakter,
4) Znajomość języków krajowych,
5) Dyplom doktora wszech nauk lekarskich, uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej,
6) Najmniej dwuletnią praktykę w zawodzie lekarskim,
7) Do obowiązków lekarza stacyi oprócz ścisłego zastosowania się do instrukcyi wydanej przez c. k. Namiestnictwo we Lwowie z dnia 12/12 1893 będzie należało tymczasowe prowadzenie szpitala klimatycznego,
8) Roczna płaca lekarza stacyi wynosi 1600 koron oraz 800 koron za tymczasowe prowadzenie szpitala klimatycznego. Pierwszeństwo będą mieli kandydaci pracujący w zakładzie hygieny,
9) Bliższe warunki określi umowa zawarta z Komisyą klimatyczną.

Termin do wnoszenia podań do 15-go sierpnia b. r. włącznie. *Komisya klimatyczna.*